

Quelles sont les interventions infirmières auprès des familles de personnes souffrant d'addiction en milieu psychiatrique ?

Revue de littérature

Travail de Bachelor

Par

Alison Stringari, Samantha Kim Trocchio
Promotion Bachelor 2014-2017

Sous la direction de : Déborah Perrinjaquet

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

13 juillet 2017

Résumé

Introduction : ce travail porte sur les interventions infirmières auprès des familles ou proches de personnes souffrant d'addiction en milieu psychiatrique.

But : ce travail permet de mettre en lumière les interventions infirmières et perspectives pertinentes pour la pratique. Des propositions d'interventions permettant d'accompagner les personnes proches ou membres d'une famille touchée par la consommation de substances addictives sont suggérées.

Méthode : il s'agit d'une revue de littérature, réalisée entre septembre 2016 et juillet 2017. 6 articles scientifiques ont été retenus à partir de la banque de données PubMed puis analysés à l'aide de grilles quantitatives et mixtes.

Résultats : Les résultats ont été classés en cinq catégories : Recherche de traits de personnalité menant à la codépendance, création et utilisation d'outils, utilisation d'interventions brèves vs longues, utilisation de la pratique réflexive, expression par l'art.

Discussion/conclusion : Nous avons confronté les résultats des différentes études avec les deux cadres théoriques sélectionnés, le modèle d'analyse familiale de Calgary et Mc Gill. Les implications pour la pratique infirmière ainsi que les limites de la revue de littérature sont citées.

Mots-clés : Famille, interventions infirmières, addiction, codépendance

Tables des matières

Remerciements.....	vi
1. Introduction.....	7
2. Problématique.....	8
2.1 Question de recherche	13
2.2 Objectifs	13
3. Cadre théorique	13
3.1 Modèles théoriques	13
3.2 Le modèle d'analyse familiale de Calgary (Duhamel, 1995).....	14
3.3 Le modèle de McGill (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Gros, 2015)..	17
4. Méthode.....	20
4.1 Choix du devis : une revue de littérature	20
4.2 Les étapes de la revue de littérature	21
4.3 Critères de sélection	22
4.4 Mots MeSH	22
4.5 Stratégies de recherche.....	23
5. Résultats.....	26
5.1 Recherche de traits de personnalité menant à la codépendance :...	27
5.2 Création et utilisation d'outils :	28
5.3 Utilisation d'interventions brèves vs longues	29
5.4 Utilisation de la pratique réflexive :	30
5.5 L'expression par l'art :.....	32
6. Discussion	32
6.1 Regard critique sur les études	33
6.2 Discussion des résultats	34
6.3 Réponse à la question de recherche	44
6.4 Conséquences/implications pour la pratique	47
6.5 Recherches ultérieures.....	48
6.6 Les limites de la revue de littérature	49
7. Conclusion	50
8. Références	52
Déclaration d'authentification.....	55
Appendices A.....	56

Appendice B.....	132
Appendice C	142
Appendice D	144
Appendice E.....	146
Appendice F.....	158
Appendice G	162

Liste des figures

Figure 1. Flow Chart	25
----------------------------	----

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui nous ont aidées à la rédaction de ce travail de Bachelor. Nous tenons tout particulièrement à remercier :

Madame Déborah Perrinjaquet, professeure à la Haute École de Santé de Fribourg (HEdS) et directrice de ce travail de Bachelor, pour son soutien, sa disponibilité, son aide, ainsi que ses nombreux conseils.

Merci également à nos familles, compagnons et amis pour la correction de ce travail de même que pour leur soutien durant toute sa rédaction.

1. Introduction

La consommation de substances psychoactives agit directement sur le circuit de la récompense se situant dans le cerveau (Dubuc, 2016). Les substances psychoactives modifient le comportement, les humeurs, les perceptions et l'activité mentale. Cette consommation, qui est néfaste, a des répercussions et des conséquences sur la vie quotidienne, personnelle et sociale de la personne consommatrice et sur sa famille. De plus, le corps peut aussi subir des conséquences à court terme telles qu'accident, surdose et violence ou à long terme comme la maladie cardiovasculaire et respiratoire ou le cancer. Pour finir, la consommation de ces substances peut engendrer une dépendance physique ou psychique.(observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2017)

Il faut savoir qu'en Suisse, l'addiction reliée à l'alcool touche 250'000 personnes, celle liée au cannabis 70'000 personnes ; à cela s'ajoute les autres dépendances (opioïdes, cocaïne, benzodiazépines, psychostimulants, cyberdépendants, dépendants aux jeux de hasard, achats compulsifs, dépendants affectifs et sexuels). Ces chiffres montrent, qu'un grand nombre de personnes, au sein de la population, sont touchées par un problème d'addiction affectant également leur famille (Addiction Suisse, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Universität Zürich Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, & Institut d'étude de marché et d'opinion, n.d. ; Office fédéral de la santé publique, 2017). La codépendance ou dépendance relationnelle, en tant qu'ensemble de comportements inadéquats dans lesquels une personne s'implique au travers de la relation avec une personne dépendante, quant à elle, n'a pas de chiffre officiel ; mais comme écrit précédemment, chaque personne addict est entourée de proches

qui peuvent être susceptibles de développer une problématique de codépendance (Oser en parler, 2017).

Selon l'écrit de Laure Martin (2013), « La profession infirmière, qui est également au sein du dispositif de soins, est le témoin de l'addiction et intervient également dans la fonction thérapeutique ». Ainsi, en qualité de futures infirmières diplômées, nous serons en première ligne pour soigner des patients atteints d'addiction en milieu psychiatrique et aider/soutenir leur famille. Nous avons donc choisi, par le biais de cette revue de littérature, d'élargir nos connaissances sur l'addiction et la codépendance au sein de la famille et de trouver des interventions auprès des familles.

Cette revue de littérature se penche sur les interventions infirmières auprès des familles de personnes souffrant d'addiction. La première partie de ce travail va expliquer la problématique choisie avec les différents thèmes prioritaires de la question de recherche. Ensuite, la seconde partie sera constituée des modèles théoriques qui sont définis et expliqués. La méthodologie, qui est l'explication du processus de recherche, constituera la troisième partie de ce travail. Puis, les résultats seront présentés dans la quatrième partie. Ceux-ci sont divisés en 5 catégories ressorties des 6 articles scientifiques. Le cinquième chapitre, qui est la discussion, analysera nos résultats à l'aide des cadres théoriques préalablement sélectionnés et leur implication pour la pratique. Pour terminer, dans la conclusion de ce travail, seront mis en lumière les apprentissages et obstacles rencontrés lors de cette revue de littérature.

2. Problématique

Pour notre travail de Bachelor, nous avons décidé de nous focaliser sur la problématique des personnes souffrant d'addiction.

Tout d'abord, il faut savoir que selon Addiction Suisse (Panorama des addictions, 2017), en Suisse, une personne sur quatre âgée de 15 ans ou plus fume du tabac et une personne sur trois est exposée au moins une heure par semaine à la fumée du tabac. Un cinquième de la population de 15 ans et plus boit de l'alcool trop souvent ou en trop grande quantité. 210'000 Suisses et Suissesses ont fumé du cannabis acheté et souvent produit dans notre pays. 2.3% de la population âgée de plus de 15 ans fait usage quotidiennement ou presque, pendant au moins une année, de somnifères ou de tranquillisants généralement soumis à ordonnance ; ce chiffre monte à près de 7% chez les personnes âgées de plus de 74 ans. Au niveau des jeux de hasard, il y a environ 750'000 joueurs et joueuses pathologiques (1.1% de la population de plus de 15 ans). Internet est utilisé par la majorité des Suisses (y compris les enfants), et environ 370'000 personnes âgées de plus de 15 ans en subissent les conséquences néfastes.

Toutes ces dépendances citées précédemment peuvent être soit des dépendances physiques et/ou psychologiques. La dépendance physique peut se définir comme la consommation régulière d'une substance malgré les conséquences importantes et effets indésirables qu'elle provoque sur l'individu tels que symptômes physiologiques, cognitifs et comportementaux, craving, tremblements et nausées. (Townsend & Clavet, 2010, p. 309). Tandis qu'on parle de dépendance psychologique lorsque la consommation de la substance devient nécessaire pour le bien-être, les relations avec les autres et les performances de l'individu usager s'en trouve perturbées (Townsend & Clavet, 2010, p. 309).

Récemment il y a eu un changement de paradigme. Maintenant, il convient d'utiliser le terme d'addiction qui est plus général tandis que le terme dépendance se rapporte à un diagnostic. Selon Le Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREAA) (2012), l'addiction découle de l'interdépendance entre un

contexte, des produits et un individu. Le terme addiction réfère plus à une dynamique comportementale tout en s'intéressant aussi au point de vue des neurosciences, du système de récompense du cerveau et de la mémoire. L'addiction implique aussi la perte d'autonomie d'un individu face à un produit ou un comportement et se définit par les changements de son rapport au monde et la souffrance de la personne. Selon Maffli (2002), l'addiction amène des conséquences et des dommages importants. Ces conséquences peuvent être distinguées en trois catégories : comportements inadéquats, conséquences économiques et sociales, conséquences relationnelles.

La famille est un ensemble d'éléments en interaction ininterrompue. Elle ne fait qu'un, est interdépendante et ne voit pas les membres comme individuels. Elle se centre sur les influences. Ainsi, le nom famille désigne les personnes liées par le sang, un groupe naturel, des personnes significatives ou des individus pouvant influencer les décisions de quelqu'un d'autre. (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Gros, 2015, pp. 37-38).

La famille est aussi touchée par l'addiction ; celle-ci ayant des conséquences sur les enfants qui sont les suivantes: syndrome d'alcoolisme f etal, alcohol-related birth defects tel que troubles d'apprentissage et du comportement, maltraitance enfantine telle que violence physique, abus sexuels, abandon, négligence, autres oppressions émotionnelles, environnement familial chaotique et traumatisant avec une possible influence sur l'équilibre psychique, par exemple : responsabilisation inappropriée à l'âge, fragilité de la cohésion familiale, séquelles psychiques, risque de transmission intergénérationnelle liée aux addictions (effet de contamination pouvant s'instaurer comme un cercle vicieux et durer sur un certain nombre de générations). En plus des enfants, l'addiction peut avoir des conséquences pour le conjoint ou partenaire notamment violence conjugale, rupture et divorce (Maffli, 2002)

S'ajoutant à tous ces problèmes, la codépendance, comme cité plus haut, est un ensemble de comportements mis en place par les proches (famille, amis, collègues...) lors de la proximité professionnelle, sociale et familiale, avec une personne consommatrice addict. Il s'agit d'un comportement inné mais sans effet positif sur la résolution de la situation pouvant épuiser les ressources des proches. (Coquard, 2009) Cette personne va tenter d'aider l'addict à maintenir son abstinence sans tenir compte de ses limites et besoins personnels. Bien qu'elle soit en échec, elle va continuer jusqu'à perdre le contrôle de sa propre vie. Certaines attitudes et actions de la codépendance sont semblables à la conduite normale de chacun, la différence réside dans le fait que, chez les codépendants, ceci est exagérée et amplifiée. (Danis, 2016)

La codépendance signifie donc vouloir assumer la responsabilité de la vie d'autrui (adulte), car ces personnes ressentent un sentiment de culpabilité et d'obligation exagéré en effet, la personne se sent manipulée et n'arrive pas à se défendre. En essayant d'aider les autres, la personne s'enfonce dans des "sables mouvants" et se laisse entraîner dans la codépendance. (Danis, 2016)

Au début des manifestations de l'addiction, la personne codépendante défend le comportement de l'addict par toutes sortes d'excuses. Plus le temps passe, plus l'addiction s'aggrave et plus la personne va tenter de "sauver" l'addict. En vérifiant la consommation de l'addict (mettre des marques sur les bouteilles, en fouillant ses poches, en regardant dans les tiroirs, en comptant les médicaments qu'il lui reste...), la personne codépendante va épier l'addict pour regarder quand il consomme, quelle substance, combien etc. (Danis, 2016)

Cette situation demande beaucoup de temps et d'énergie, et ainsi, la personne codépendante va: s'isoler et éviter le contact avec le monde extérieur, s'adapter

progressivement au comportement de l'addict ce qui l'amènera parfois à son insu à une perte de contrôle de sa propre vie, développer une obsession relationnelle, essayer de trouver une solution au problème présent avec la progression de la maladie de l'addict ne suivant pas de traitement, développer une relation fusionnelle avec l'addict, essayer de sauver les apparences, assumer progressivement les responsabilités incombant à l'addict, tout assumer seul, se culpabiliser lorsque les résultats escomptés ne sont pas là, avoir honte, développer une sorte d'égoïsme, un sentiment de toute puissance avec l'impression que tout dépend de la personne codépendante, ignorer ses besoins et ne pas tenir compte de ses limites, se sentir épuisé face à l'échec de ses tentatives et de ses efforts envers l'addict. Pour terminer, malgré que la codépendance se traite, beaucoup de personnes touchées restent dans le déni, car ils ont de la difficulté à accepter l'échec de leurs efforts dans leur aide à l'addict. (Danis, 2016)

Pour aider la personne addict et sa famille, les infirmières doivent mettre en place des interventions infirmières servant à atteindre les résultats escomptés par le plan de soins. Il est nécessaire pour l'infirmière d'avoir des connaissances solides et multiples, car les interventions doivent répondre aux besoins individuels de chacun qui sont déterminés par l'âge, la situation et les forces de la personne prise en soins. Il existe différents types d'interventions qui peuvent être autonomes, de collaboration, d'interdépendance. (Doenges, Moorhouse, & Geissler-Murr, 2012).

Les interventions infirmières spécifiques à la famille, quant à elles, ont été développées par Calgary en premier lieu. Elles ont pour but de réduire la souffrance, promouvoir la santé, aider le système familial dans la gestion du problème de santé, le surmonter et/ou faire avec. Ces interventions apportent soit un enseignement soit un enseignement et un soutien émotif. Trois rôles principaux des interventions infirmières auprès des familles sont : avoir un langage commun,

expliquer les interventions et avoir un accord commun et pour finir, en établir l'utilité.

(Duhamel, 1995)

2.1 Question de recherche

La revue de littérature présentée dans ce travail a pour but de répondre à cette question de recherche :

Quelles sont les interventions infirmières auprès des familles de patients souffrant d'addiction en milieu psychiatrique?

2.2 Objectifs

Cette revue de littérature a pour but de :

- Relever l'état des connaissances actuelles des interventions infirmières dans les soins en santé mentale auprès des familles de personnes souffrant d'addiction.

- Analyser les résultats obtenus à l'aide des cadres théoriques choisis qui sont :
Le modèle de McGill et le modèle d'analyse familiale de Calgary.

3. Cadre théorique

Lors de la discussion, les résultats obtenus suite à l'analyse d'articles seront discutés selon deux cadres théoriques de l'approche systémique familiale (McGill et Calgary).

3.1 Modèles théoriques

Les deux cadres de références sont tirés de l'approche systémique familiale qui est décrite en annexe (Annexe B)

3.2 Le modèle d'analyse familiale de Calgary (Duhamel, 1995, Chapitre l'analyse du système familial dans des contextes de santé et de maladie)

Le modèle d'analyse familiale de Calgary est tiré de l'approche systémique familiale. Ce modèle se compose de plusieurs points développés ci-après :

3.2.1 Le fonctionnement familial :

C'est l'interaction entre les différents membres de la famille. Le fonctionnement se divise en fonctionnement sur le plan des activités quotidiennes et fonctionnement expressif.

Le fonctionnement sur le plan des activités quotidiennes : activités physiques (tâches domestiques, soins aux malades, préparation des repas, transport et routine de la vie quotidienne).

Le fonctionnement expressif : styles de communication (verbal, non verbal, émotionnel, patterns de communication circulaire), habileté à résoudre les problèmes, rôles et croyances, règles et stratégies d'influence, alliances.

Il est important de prendre en compte tous ces éléments lors de l'analyse du système familial. Les problématiques de santé influencent plus ou moins directement ces éléments et réciproquement.

Ce modèle se compose de 5 dimensions : croyances reliées à la problématique de santé, flexibilité des rôles et des règles dans la famille, patterns de communication circulaire, efficacité des ressources d'adaptation, relations avec les professionnels de la santé.

Croyances reliées à la problématique de santé sont divisées en croyances et individu, croyances et famille, croyances et contexte socio-culturel, croyances et professionnels de la santé.

3.2.2 Croyances et professionnels de la santé :

Les croyances de chacun modifient les attitudes. Les professionnels de la santé ne reconnaissent pas que le système de croyances soit un facteur essentiel dans le processus d'adaptation à la maladie. Si le professionnel ne le prend pas en compte, il y a la mise en place de difficultés dans le processus d'interventions auprès de la famille. Les difficultés sont de trois ordres : les soignants pensent qu'ils connaissent les croyances du patient et de sa famille, les soignants ont des opinions au sujet de leur propres croyances et les différences de croyances ne sont pas reconnues. En tant que professionnel de la santé, il faut reconnaître nos propres croyances, les remettre en question, prendre en compte l'effet qu'elles ont sur la relation avec le patient et sa famille, examiner le rapport qu'il existe entre les croyances des différentes parties du système. En général, le soignant qui voyait un patient non compliant, se sentait obligé de le rééduquer en imposant son point de vue "correct" au point de vue médical. Il est difficile d'altérer les croyances d'une personne qui sont souvent appuyées par son contexte familial et socio-culturel. Dans les maladies chroniques, deux facteurs favorisent l'abandon du traitement : une information insuffisante au sujet des dangers de la maladie et l'importance d'observer le traitement, la différence d'idées et d'attentes entre le professionnel et le patient au sujet du but du traitement et des méthodes employées.

3.2.3 L'efficacité des ressources favorisant l'adaptation :

Les stratégies d'adaptation au stress prennent en considération les ressources psychologiques, financières et sociales, celles-ci permettent à la famille de vivre avec une problématique de santé. Le degré de stress causé par un événement dépend de la perception des croyances ainsi que de la perception de l'efficacité en ses ressources pour faire face. Chaque individu possède des ressources internes : croyances spirituelles et religieuses, croyances concernant le destin et la chance, confiance en sa propre habileté et en celle de la famille pour résoudre des problématiques, bonne situation financière, capacité de tirer profit d'une situation stressante en la redéfinissant comme positive et enrichissante. Les ressources externes font références au soutien du contexte familial et social et des professionnels de la santé. Dans certains cas, le soutien amené est soit inapproprié ou retiré prématurément, donc, il n'y a pas de soutien nécessaire pendant la phase d'adaptation.

3.2.4 Les relations avec les professionnels de la santé :

La famille et les soignants ont un rôle de coparticipants dans l'élaboration des projets de soins. Il est important que les croyances et attentes convergent. De plus les coalitions (rapprochement de deux ou plusieurs personnes en vue de s'opposer à quelqu'un) sont une source de conflits dans la relation entre deux systèmes. Le comportement de l'infirmière a un impact sur la relation au sein de la famille et sur la participation à résoudre le problème de santé. La relation entre le soignant et la famille peut augmenter ou réduire le stress qui découle du problème de santé. Plusieurs facteurs résument la difficulté des infirmières à répondre aux besoins de la famille et maintenir une bonne relation avec elle : surcharge de travail, priorité accordée à certains soins physiques, manque d'intimité empêchant d'entreprendre

des entretiens avec le malade et la famille, confusion causée par la non-présentation du soignant et de sa fonction, ambiguïté des attentes liées à sa responsabilité et au rôle de chacun des soignants.

3.3 Le modèle de McGill (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Gros, 2015, Chapitre Les concepts et les grandes caractéristiques du modèle McGill)

Le modèle selon McGill se constitue de quatre concepts qui sont la santé, la personne/famille, le soin et l'environnement, ainsi que certaines caractéristiques.

3.3.1 La santé :

Il s'agit d'une façon d'être et de se développer, c'est un processus composé d'éléments biophysiques, psychosociaux et environnementaux toujours en interaction. La santé n'est pas définie comme une absence de maladie mais comme une coexistence avec cette dernière. Ainsi donc, la santé se définit par la capacité de la personne ou de la famille à s'adapter et mettre en place des stratégies d'adaptation concernant les événements quotidiens et aux défis, pertes et crises qui la mettent en échec ou non.

3.3.2 Coping et développement

Le développement et le coping sont interdépendants et indissociables dans ce modèle théorique.

Coping : ensemble d'efforts et moyens mis en place pour faire face à un événement ou résoudre une problématique, habileté apprise et acquise dans la famille et l'environnement, évolue dans le temps et influencé par l'expérience de chacun.

Développement : continuité du coping, apprentissage de moyens pour faire face à la vie, prise de conscience des acquis antérieurs et capacité à les mettre en place quand ils sont nécessaires.

3.3.3 L'apprentissage

C'est un lien entre le coping et le développement, car ils permettent de faire l'acquisition de comportements adéquats pour la santé et d'atteindre le niveau de satisfaction espéré au quotidien.

3.3.4 La personne/famille

Dans le cadre du modèle de McGill, le terme "famille" réfère aussi bien à des personnes liées par le sang qu'à un groupe naturel, à des personnes significatives l'une pour l'autre ou à des personnes ayant un pouvoir d'influence dans la prise de décisions d'une autre personne (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Gros, 2015, pp. 37-38).

Ce concept est basé sur l'approche systémique, la famille est donc vue comme un système en interdépendance. Le modèle conçoit la personne comme un être actif, capable d'apprentissage et de faire face, de s'ajuster et avoir accès à des solutions ou moyens à mettre en place. La famille est aussi responsable de sa santé. L'infirmière vient donc en aide à ce système pour qu'il parvienne à diriger leur vie. Comme dans notre définition selon McGill, la famille ne se restreint pas aux êtres liés par le sang. La gestion du quotidien et des problématiques se fait par la famille. Il s'agit donc d'une partenaire pour le soignant.

3.3.5 L'environnement

L'environnement comprend les lieux de travail, loisir et enseignement, la communauté et milieu de soins de santé. La famille et l'environnement s'auto-influencent réciproquement. Nous pouvons donc retrouver les liens entre les individus et les relations avec l'environnement grâce aux génogrammes et écocartes.

3.3.6 Soins infirmiers et relation de collaboration

La relation de collaboration est un point important des soins infirmiers pour que la famille puisse acquérir des stratégies d'adaptation et se développer pour atteindre les buts fixés. La famille doit être en position favorable d'apprentissage ou changement, l'infirmière doit l'évaluer et ajuster son plan d'intervention selon son évolution. L'infirmière démontre du respect et accueille la personne ou la famille dans ses choix, elle se concentre sur les forces et potentiels plutôt que sur les limites et lacunes de la personne ou famille. La collaboration entre la famille et l'infirmière se définit comme la façon dont l'infirmière interagit, travaille avec les individus et s'exprime dans chaque échange avec les individus. La relation de collaboration est basée sur la reconnaissance des compétences et connaissances réciproques. Il faut prendre en considération les compétences anciennes et nouvelles, ainsi que la complémentarité et les particularités de chacun. Il faut reconnaître les savoirs et habiletés individuelles et les mettre en commun pour améliorer l'intervention et acquérir une meilleure efficacité.

3.3.7 Les interventions infirmières

Le soignant est capable d'offrir le bon soin, au moment opportun et à la bonne personne, il sait soutenir la personne dans toute situation et répartit ses

connaissances. L'expertise et le jugement clinique du soignant favorisent la relation thérapeutique et permettent de mettre en place des soins de qualité. Il faut également écouter, reformuler et refléter les informations données par la famille. Elle valorise donc les efforts et manifeste sa confiance en ses habiletés. L'infirmière peut donc avoir des attitudes et comportements exemplaires pour la famille durant son apprentissage. Le personnel soignant doit être en accord avec la famille pour qu'il atteigne ses objectifs en mobilisant ses connaissances en santé pour la mise en place des ressources et services nécessaires à cette dernière. L'infirmière a également un rôle de coaching, elle évalue l'état de santé, la surveillance clinique, les soins et traitements infirmiers selon son plan.

4. Méthode

Dans cette partie, la méthode utilisée pour effectuer ce travail est explicitée. Celle-ci contient : le choix du devis argumenté, les étapes de cette revue de littérature, les critères d'inclusion et exclusion, les différentes banques de données exploitées, les termes MeSH utilisés et leur traduction en français et les stratégies de recherches pour chacun des articles gardés.

4.1 Choix du devis : une revue de littérature

Ce travail de Bachelor est écrit sous forme de revue de littérature. Cette dernière permet de mettre en lumière le problème et la question de recherche explicitée dans la problématique en analysant différents supports tels qu'articles, livres, études, supports multimédias, etc. De plus, « l'éclairage théorique anticipe sur les résultats attendus et les explications possibles en leur formulant un cadre théorique propice à leur compréhension. » (Sall, 2016)

En résumé, cette revue de littérature a pour but l'apport de réponse à notre question de recherche par l'analyse d'articles.

Les étapes de cette revue de littérature sont détaillées ci-dessous.

4.2 Les étapes de la revue de littérature

Pour débiter notre travail de Bachelor, nous avons effectué des recherches sur notre sujet d'étude afin de bien le comprendre et d'avoir des informations en suffisance pour établir notre problématique.

Ensuite, nous avons défini notre population cible, choisi des mots MeSH les plus pertinents pour notre recherche d'articles. Par la suite, nous avons procédé à la recherche sur les banques de données d'articles scientifiques PubMed, MEDLINE et le CHU de Rouen. Nous avons été contraintes d'élargir notre problématique. Ainsi donc, nous avons changé nos termes MeSH. Finalement, nous avons trouvé de nombreux articles, nous les avons triés après lecture des titres, résumés et résultats.

Les articles retenus ont été validés puis analysés à l'aide des grilles de lecture critique et résumé quantitatives et mixtes fournies par l'école. En utilisant les grilles, nous avons eu la possibilité de pointer les résultats de manière pertinente pour l'analyse. Les résultats sont présentés dans le chapitre résultats, analysés à l'aide des modèles théoriques décrits ci-dessus mais également dans le chapitre de la discussion.

4.3 Critères de sélection

Nous avons choisi des critères de sélection afin de déterminer les articles présents dans notre revue de littérature. Ils sont décrits dans les sous-chapitres suivants comme critères d'inclusion et d'exclusion.

4.3.1 Critères d'inclusion

Nous avons décidé de ne pas restreindre le choix des articles au niveau quantitatif, nous avons également pris en compte des études mixtes ou qualitatives. Les langues choisies ont été l'allemand, l'anglais, le français, le hongrois et l'espagnol. Le contexte défini était la santé mentale en milieu psychiatrique. La population ciblée était constituée de famille et conjoint, principalement des adultes. Nous avons également décidé conjointement avec l'accord de notre professeure directrice de ne pas nous restreindre dans une durée limitée de temps, l'article retenu le plus ancien datant de 1993 et les plus récents de 2016.

4.3.2 Critères d'exclusion

Les recherches dans d'autres langues que celles mentionnées ci-dessus ont été exclues, nous avons également évincé les études ne traitant pas de la famille, celles se situant hors contexte psychiatrique, celles ne traitant pas des addictions.

4.4 Mots MeSH

Les mots clés et descripteurs MeSH sont les suivants :

"Nursing Process"[MeSH] Démarche de soins infirmiers

"Substance-Related Disorders"[MeSH] Troubles liés à une substance

"Couples Therapy"[MeSH]	Thérapie de couple
"Family Therapy"[MeSH]	Thérapie familiale
"Primary Health Care"[MeSH]	Soins de santé primaire
Relationship	Relation
Addiction	Addiction

4.5 Stratégies de recherche

Stratégie numéro 1 :

Revue de littérature écrite par Alex G. Copello; Lorna Templeton et Richard Velleman : Family Interventions for Drug and Alcohol Misuse : Is There a Best Practice ?

28 articles trouvés, dont 1 retenu :

Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Benishek, L. A., & Harrington, V. M. (2005). The Significant Other Checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addictive Behaviors*, 30(1), 29-47. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.04.010>

Stratégie numéro 2 :

Article écrit par Gülsüm Ançel et Elif Kabakçi : Psychometric Properties of the Turkish Form of Codependency Assessment Tool

38 articles trouvés, dont 1 retenu :

Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S., & Zeller, R. A. (1998). Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 264-272. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(98\)80036-8](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80036-8)

Stratégie numéro 3 :

("Nursing Process"[MeSH]) AND "Substance-Related Disorders"[MeSH] AND relationship NOT mother NOT adolescent

26 articles trouvés, dont 1 retenu

Caddy, L., Crawford, F., & Page, A. C. (2012). 'Painting a path to wellness' : correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome : Painting a path to wellness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 327-333. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01785.x>

Stratégie numéro 4 :

Addiction AND codependency

24 articles trouvés, dont 1 retenu

Ahmadabadi, Z., Khosravi, N., Madanipour, A., Panaghi, L., & Sadeghi, M. S. (2016). Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. *Addiction & Health*, 8(2), 98-106.

Stratégie numéro 5 :

("Couples Therapy"[MeSH]) AND "Family Therapy"[MeSH] and addiction.

3 articles trouvés, dont 1 retenu

Flynn, B. (2010). Using systemic reflective practice to treat couples and families with alcohol problems : Using systemic reflective practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 583-593. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01574.x>

Stratégie numéro 6 :

("Primary Health Care"[MeSH]) AND "Family Therapy"[MeSH] AND "Substance-Related Disorders"[MeSH]

18 articles trouvés dont 1 retenu

Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., ... Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative : a randomized trial. *Addiction*, 104(1), 49-58. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02417.x>

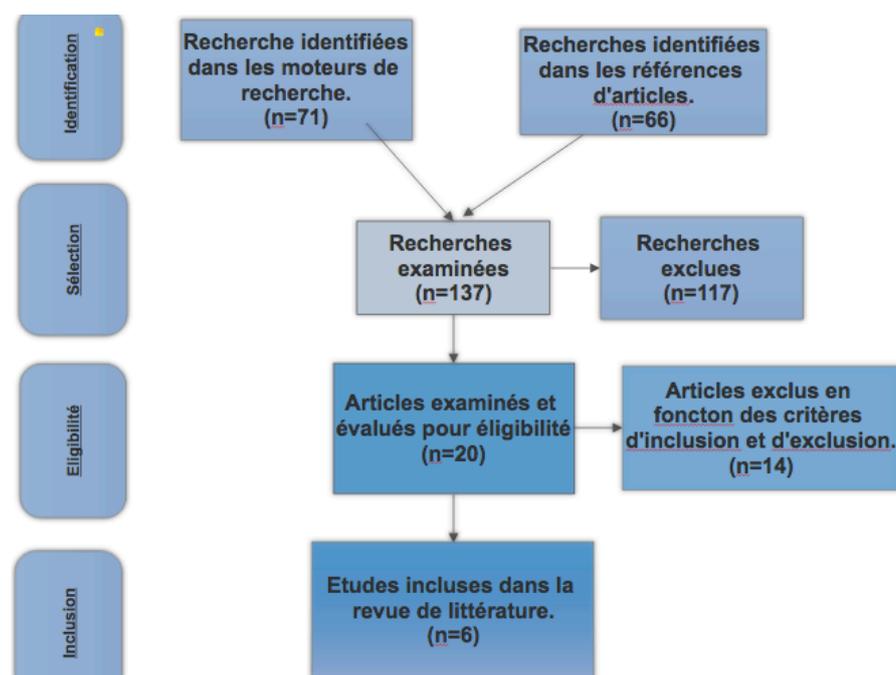


Figure 1. Flow Chart

5. Résultats

Nous avons catégorisé les résultats de nos six articles retenus, dans les grilles de lecture critique et résumé soit quantitatives ou mixtes proposées par la HEDS qui sont en annexe. Les catégories suivantes permettent une analyse fine des données et une lecture claire et compréhensible.

Voici les six catégories que nous avons relevées de l'analyse de nos articles retenus :

1. Recherche de traits de personnalité menant à la codépendance : cette catégorie correspond à l'influence des traits de personnalité sur la codépendance. Nous mettrons en évidence l'importance pour les soignants d'être attentifs à ces traits de personnalité.
 - i. Etudes retenues : 1
2. Création et utilisation d'outils : ce point fait référence aux outils pouvant être utilisés auprès de la famille pour évaluer le degré de codépendance par le personnel infirmier.
 - i. Etudes retenues : 3
3. Utilisation d'interventions brèves vs longues : ce point traitera de la différence d'efficacité entre les interventions infirmières longues ou au contraire brèves.
 - i. Etude retenue : 1
4. Utilisation de la pratique réflexive : cette catégorie comprend la pratique réflexive systémique dans les groupes familiaux à l'aide de différents professionnels de la santé.

i. Etude retenue : 1

5. L'expression par l'art : cette catégorie correspond aux interventions artistiques et artisanales évaluées à l'aide de quatre outils. Cet article fait référence aux patients et nous l'extrapolerons pour une adaptation aux proches.

i. Etude retenue : 1

5.1 Recherche de traits de personnalité menant à la codépendance :

Une étude quantitative explicative réalisée par Ahmadabadi, Khosravi, Madanipour, Panaghi, & Sadeghi (2016) qui a pour but de :

- déterminer les différences entre les épouses d'hommes dépendants et non dépendants en termes de traits de personnalité et de codépendance
- déterminer les conséquences de ceux-ci sur la relation conjugale.

Les auteurs ont mis en exergue que la codépendance d'épouse d'hommes addicts était significativement supérieure à celle des autres femmes (55.7 vs 51.0, avec $P < 0.05$), le manque d'agrément des épouses d'hommes addicts était significativement supérieur à celle des autres femmes (28.6 vs 26.5, avec $P < 0.05$). La nervosité avait un lien important et positif avec la codépendance chez les épouses d'usagers de drogues ($r=0.62$) ; chez les femmes d'hommes non addicts, la relation avec la nervosité à un lien moyen et positif ($r=0.35$). Les auteurs démontrent que vivre avec des hommes addicts prédit la codépendance chez les femmes avec un haut degré de nervosité, une faible ouverture et peu d'agrément.

5.2 Création et utilisation d'outils :

Une étude mixte séquentielle exploratoire réalisée par Hughes-Hammer, Martsof, & Zeller (1998) qui a pour but de :

- Développer l'outil codependency assessment tool (CODAT) qui est un outil varié prenant en compte les cinq concepts de la codépendance soit comme concept principal l'autre approche ou l'auto-négligence et comme sous concepts les questions relatives à la famille d'origine, la faible estime de soi, le fait de se cacher et les problèmes médicaux.
- Tester l'outil CODAT

Les auteurs ont mis en évidence que la validité des groupes de critères est fortement établie et qu'ainsi, il permet une bonne évaluation de la codépendance en étant exhaustif et bien ancré dans le modèle théorique de Wegscheider-Cruse et Cruse.

Une étude mixte exploratoire réalisée par Kirby, Dugosh, Benishek, & Harrington (2005) qui a pour objectif :

- d'examiner les éléments et les domaines problématiques (économiques, comportementaux, psychologiques) couverts par la liste de contrôle dans le but de déterminer s'il y avait des problèmes prévalents et pertinents à développer.
- d'examiner l'échantillon pour déterminer les différences de problème que peuvent rencontrer les participants selon leur vécu à long terme ou sur les 30 derniers jours avec des personnes addicts de leur entourage.

Les chercheurs ont ainsi mis en évidence à l'aide de la Significant Other Survey, qui peut être traduit de la manière suivante autre sondage important, que dans l'échantillon à long terme, des difficultés dans le domaine relationnel, émotionnel,

financier, de la santé et du mode de vie sont présent. De plus, ces résultats étaient superposables aux personnes ayant des problèmes sur les 30 derniers jours. Ensuite, la famille et la personne addict avaient de la peine à voir la présence de la violence dans la relation. Les parents contrairement au partenaire et conjoint, avaient plus de problèmes financiers car ils subvenaient au besoin de leur enfant addict.

Une étude quantitative corrélationnelle réalisée par Caddy, Crawford, & Page, (2012) qui a pour but de faire une recherche plus empirique dans le domaine de l'activité créative (peinture, perles, couture, travail de l'argile...) et de la santé mentale. Les chercheurs ont utilisé quatre mesures psychométriques standards pour évaluer les progrès faits entre l'admission et la sortie de la personne addict. Ces échelles sont The Depression and Anxiety Stress Scale (DASS-21), The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q), The Medical Outcomes Short Form Questionnaire(SF-14) et The Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). Les auteurs démontrent une amélioration dans la santé mentale du patient.

5.3 Utilisation d'interventions brèves vs longues

Un essai comparatif randomisé combiné prospectif de deux niveaux d'intensités d'une intervention, constituée d'entretiens semi-structurés qualitatifs et d'un manuel d'auto-assistance pour travailler à domicile, réalisée par Copello et al.(2009) qui a pour objectifs :

- d'étudier si une intervention en 5 étapes était plus efficace qu'une forme plus brève de la même intervention avec un contact minimal.
- de soutenir et d'aider le membre de la famille

- de chercher à transférer les interventions, le soutien et l'aide aux autres membres de la famille touchée par la consommation de substance.

Les auteurs n'ont ressorti aucune différence statistiquement significative entre les 2 groupes. Les auteurs ont aussi ressorti que la forme longue est deux fois plus coûteuse alors que les effets des interventions sont les mêmes. Les participants ont préféré un contact face-à-face plus intensif que celui prévu dans l'intervention brève tandis que les professionnels ont eu de la peine à accorder du temps à l'intervention longue. De plus, les résultats trouvés ont été statistiquement significatifs mais cliniquement non significatifs. Pour finir, les interventions faites par les infirmières devraient être favorisées car il n'y a pas de différence de coût par rapport au médecin.

5.4 Utilisation de la pratique réflexive :

Une étude à devis mixte réalisée par Flynn (2010) qui a pour but :

- d'offrir un aperçu des prestations de service de traitement irrégulier ;
- d'explorer les implications de la façon dont la pratique réflexive systémique avec les groupes familiaux peut être étendue et utilisée de manière utile dans une dépendance plus large ;
- de fournir une modalité de traitement en couple ou famille ;
- d'aider les groupes familiaux à comprendre systématiquement la consommation excessive comme comportement choisi ainsi que la responsabilité de l'individu ;
- d'utiliser une thérapie systémique réflexive de couple ou famille pour faciliter la modification, l'adaptation ou l'introduction de nouvelles croyances, attitudes, comportements et communications dans l'interaction soutenant et

maintenant le changement dans la consommation corrélationnelles de l'alcool.

Les auteurs mettent en lumière les résultats suivants :

- En 2005, il y a eu un résultat significativement positif pour tous les participants, compréhension différente et pluraliste de l'expérience du comportement, gestion des problèmes, attitude prospective positive
- En 2006, pour 86% des consommateurs d'alcool il y a eu des changements significatifs, la participation de la famille au traitement améliore ses résultats, 72% déclarent que le travail interactif familial améliore la résolution, la compréhension et la communication lors de problèmes avec les autres,
- En 2007/2008, 73% des groupes familiaux sont revenus après la première séance, le résultat est donc cohérent et significatif, la mise de l'accent sur un environnement de confiance, sans jugement, avec acceptation, la corrélation entre les personnes signalant un changement positif face à l'alcool et dans les relations → principe systémique de la circularité, 5% en 2007 et 4% en 2008 ne signalent pas de modification de consommation, 5% en 2007 et 9% en 2008 ne signalent aucune modification dans les relations.: manque de motivation, évaluation inexacte de la situation?, il est nécessaire d'évaluer le stade de la préparation au changement et d'en adapter les interventions ou la réflexion, il faut apporter des modifications à la pratique, structure, protocoles cliniques pour faciliter l'engagement et améliorer les prestations de soins.

De plus, suivre une thérapie avec sa famille a un impact sur les rechutes. Si les enfants et adolescents participent aux séances, il y a une réduction des risques de consommer dans le futur et d'avoir besoin d'un traitement.

5.5 L'expression par l'art :

Une étude quantitative corrélationnelle réalisée par Caddy, Crawford, & Page, (2012) qui a pour but de faire une recherche plus empirique dans le domaine de l'activité créative (peinture, perles, couture, travail de l'argile...) et de la santé mentale. Les chercheurs ont montré que la thérapie créative a eu des impacts positifs entre l'admission et la sortie avec des tailles d'effets modérées ou fortes. Il y a eu une plus grande amélioration de la grille HoNOS prouvant des progrès dans les résultats en santé mentale. Ils démontrent une amélioration statistiquement significative entre l'admission et la sortie pour la grille DASS-21. Il a également eu une amélioration importante entre l'admission et la sortie pour la grille Q-LES-Q. La sous-échelle de la détresse en santé mentale de la SF-14 montre une amélioration importante également. Par contre, pour la sous-échelle de la vitalité de la SF-14, il n'y a eu que des changements modérés.

6. Discussion

Dans ce chapitre, nous amenons un regard critique sur les articles retenus et les mettons en relation avec les cadres théoriques relevés. Par la suite, nous relèverons les réponses concordantes avec notre question de recherche. Nous évoquerons ensuite des implications pour la pratique infirmière en les détaillant. Pour terminer, les limites de la revue de littérature seront mises en évidence. Ce chapitre a pour objectif de nous positionner comme professionnelles et d'enrichir notre pratique réflexive qui sont des attributs nécessaires dans la pratique professionnelle.

6.1 Regard critique sur les études

Nous avons choisi de ne pas exclure les articles datant de plus de dix ans, car il y avait de nombreux articles plus anciens que 2006. Nous avons néanmoins recherché principalement des articles datant d'au moins 2000, car si le concept de la codépendance n'évolue pas énormément, le domaine des addictions, quant à lui, est en constante évolution ! Nous avons également élargi notre contexte, tout en évinçant les études ne traitant pas de la famille ou se situant hors contexte psychiatrique à cause du manque de données.

Notre revue de littérature est constituée de six articles quantitatifs ou mixtes. Nous n'avons, malheureusement, pas trouvé d'études qualitatives qui auraient été pertinentes à analyser, c'est pourquoi nous n'avons que des analyses quantitatives ou mixtes. Il y a toutefois deux articles dont l'échantillon était très faible (59 patientes pour tester l'outil CODAT pour le premier, le second évoque l'échantillon trop restreint dans ses limites et constitué de 29 participants), nous les avons retenus car les résultats présentés étaient congruents et adéquats par rapport à notre question de recherche. Notre population cible comprend les familles de patients souffrant d'addictions en contexte psychiatrique. Un de nos articles évoque les effets positifs de la peinture sur les patients addicts. Nous l'avons sélectionné et gardé, car les résultats nous semblaient pertinents à extrapoler pour la mise en place au sein du système familial.

Tous les participants de chaque étude ont été avisés de l'étude. Les aspects éthiques ont été respectés dans tous les articles retenus. Trois études ont obtenu l'accord du comité éthique, deux autres articles ont reçu l'approbation des participant par un consentement éclairé signé. Il reste malgré tout un article qui ne mentionne pas d'accord du comité éthique ou consentement éclairé. Les articles ne

mentionnent pas l'anonymat et la confidentialité, cependant, ceux-ci semblent les respecter.

6.2 Discussion des résultats

6.2.1 Le modèle d'analyse familiale de Calgary

Selon Duhamel, (1995), il est nécessaire d'être flexible dans les rôles et règles dans la famille afin de favoriser l'adaptation à la maladie. De plus, le système familial est autorégulé par les règles établies, celles-ci, souvent tacites, sont des normes ou lignes directrices qui caractérisent les comportements des membres au sein d'une famille. L'adaptation à une maladie se fait par le biais de la possibilité d'exprimer ses sentiments. La flexibilité des rôles sert à gérer les problématiques de santé au sein de la famille, en permettant à une personne de prendre le rôle d'une autre (réorganisation des rôles). Cette notion de flexibilité dans les rôles et règles dans la famille, afin de favoriser l'adaptation à la maladie, est mise en évidence dans l'étude de Ahmadabadi et al., (2016) détermine l'importance des traits de personnalité et de la codépendance dans la relation conjugale. Ces auteurs mettent en évidence que chez les épouses d'hommes addicts, le manque d'agrément prédit le risque de codépendance. Selon nous, une des interventions importantes, pour les soignants, est de rechercher le manque d'agrément chez les proches de personnes addicts pour déterminer leur risque de codépendance.

Dans l'article de Hughes-Hammer et al., (1998), l'outil, qu'ils ont développé et testé (CODAT), permet une bonne évaluation de la codépendance en s'inspirant, notamment, des changements de rôles que peut occasionner la consommation addictive de substance. Selon notre point de vue, l'évaluation des symptômes dans les soins aigus (douleurs, nausées,) est utilisée systématiquement comme

interventions infirmières. Ainsi, nous trouvons primordial que l'évaluation de la codépendance se produise de la même façon en psychiatrie.

Toujours selon Duhamel, (1995), le fonctionnement expressif comprend les styles de communication (verbal, non verbal, émotionnel, patterns de communication circulaire), l'habileté à résoudre les problèmes, rôles et croyances, règles et stratégies d'influence, alliance. Les problématiques de santé influencent plus ou moins directement ces éléments et réciproquement. L'étude de Ahmadabadi et al., (2016), détermine l'importance des traits de personnalité et de la codépendance dans la relation conjugale. Une faible ouverture et un haut degré de nervosité prédit la codépendance. Ainsi donc, selon nous, il est capital pour les infirmiers, de mettre en place des interventions visant à une évaluation des émotions en les reconnaissant et en les explorant avec le patient et la famille pour créer des interventions adéquates.

L'étude de Caddy et al., (2012), tend à évaluer l'importance de l'activité créative (peinture, perles, couture, travail de l'argile...) dans la santé mentale. Ces auteurs soulèvent que la thérapie créative a eu des impacts positifs entre l'admission et la sortie des patients. Selon nous, en permettant au patient et à sa famille d'exprimer ses émotions par la peinture, la communication non verbale et émotionnelle sera de meilleure qualité et la compréhension laissera moins de place à l'interprétation personnelle de chaque membre. Cet article parle des personnes addicts, mais il nous semble tout à fait possible de faire le lien avec la famille et de transposer l'art-thérapie au sein de la famille lors des entretiens.

D'après Duhamel, (1995), les stratégies d'adaptation au stress prennent en considération les ressources psychologiques, financières et sociales, celles-ci permettant à la famille de vivre avec une problématique de santé. Les ressources

externes font références au soutien du contexte familial et social et des professionnels de la santé. Kirby et al., (2005), vise à examiner le vécu à court et long terme des proches de personnes addicts et de déterminer s'il y a des problèmes pertinents et prévalents (économiques, comportementaux, psychologiques) à développer. Les auteurs démontrent que les difficultés dans les domaines relationnel et émotionnel, entre autres, sont présentes à long et court terme. Au point de vue financier, les parents de personnes addicts ont plus de difficultés car ce sont eux qui subviennent aux besoins de leurs enfants. Selon nous, étant donné que l'adaptation se fait selon ces points, il est essentiel d'évaluer les difficultés (dans les domaines relationnel, émotionnel et financier) des patients addicts et de leur famille pour co-construire un plan d'intervention adéquat.

L'article de Caddy et al., (2012), tend à évaluer l'importance de l'activité créative (peinture, perles, couture, travail de l'argile...) dans la santé mentale. Ces auteurs relèvent que l'utilisation des quatre mesures psychométriques permet de démontrer une amélioration dans la santé mentale du patient. Selon nous, comme relevé dans le paragraphe précédent, il est important de pouvoir évaluer systématiquement les données psychométriques telles que le degré de dépression, anxiété, stress, plaisir et satisfaction, détresse en santé mentale et vitalité, afin de pouvoir démontrer une amélioration de la santé mentale du patient. Si le patient n'utilise pas de stratégies d'adaptation en lien avec ses ressources, lui et sa famille auront besoin de soutien pour vivre avec la problématique de santé et trouver de nouvelles stratégies d'adaptation.

L'article de Flynn, (2010), a pour but, notamment, d'aider les groupes familiaux à comprendre systématiquement la consommation excessive comme comportement choisi et la responsabilité de l'individu, utiliser une thérapie systémique réflexive de couple ou de famille pour faciliter la modification, l'adaptation ou l'introduction de

nouvelles croyances, attitudes, comportements et communication. Cet auteur relève que la participation de la famille au traitement améliore les résultats. Le fait que la famille participe à la thérapie a un impact sur les rechutes, ce qui permet une réduction du risque de consommer dans le futur et d'avoir besoin d'un traitement, surtout concernant les enfants et les adolescents. Comme décrit dans l'article, la famille est un soutien pour la personne dépendante, il nous est alors indispensable de l'intégrer dans la prise en soins en prenant le temps de lui parler et de lui expliquer son rôle de ressource. Nous évoquons peu les enfants et les adolescents dans notre travail, alors que ces personnes font partie de la famille et qu'ils risquent aussi de développer une problématique d'addiction ou de subir l'addiction des parents (violence, maltraitance, abus...), il est donc important de mettre en place des interventions à leur égard. En intervenant auprès des enfants et adolescents qui sont des ressources importantes dans la famille lors d'addiction, il est primordial de les intégrer dans le processus thérapeutique en fonction de leurs capacités sans qu'ils s'épuisent.

Selon Duhamel, (1995), la relation entre le soignant et la famille peut augmenter ou réduire le stress qui découle du problème de santé. L'étude de Copello et al., (2009) a pour but d'étudier si une intervention en cinq étapes est plus efficace qu'une forme plus brève, pour soutenir et aider les membres de la famille. Ces auteurs démontrent que les participants ont préféré avoir un contact en face à face plus intensif que dans l'intervention brève. D'après nous, le fait de voir les participants plus régulièrement crée une relation de confiance menant à une alliance thérapeutique permettant de réduire le stress ressenti par la famille en lien avec la consommation de substance addictive.

Toujours d'après Duhamel, (1995), les croyances sont très importantes pour les réactions et l'adaptation de la famille et de la personne malade à la nouvelle

situation. Le système de croyances influençant le processus d'adaptation à la problématique se constitue de croyances en lien avec la nature du problème, l'étiologie, traitement et pronostic, les croyances en lien avec l'influence du patient et sa famille sur la pathologie. L'évolution imprévisible et négative d'un problème de santé forme une menace continue pour l'autonomie et le sentiment de maîtrise du système familial. L'article de Flynn, (2010), a pour but, notamment, d'aider les groupes familiaux à comprendre systématiquement la consommation excessive comme comportement choisi et la responsabilité de l'individu, utiliser une thérapie systémique réflexive de couple ou de famille pour faciliter la modification, l'adaptation ou l'introduction de nouvelles croyances, attitudes, comportements et communication. Il démontre que la pratique réflexive systémique permet une compréhension différente et pluraliste de l'expérience du comportement, une meilleure gestion des problèmes, le travail avec la famille améliore la résolution la compréhension, la communication lors de problème avec les autres. D'après nous, il est primordial de comprendre le mode de communication du système familial afin de l'aider à analyser et prendre du recul vis-à-vis de ses croyances et du comportement de leur proche.

6.2.2 Le modèle de McGill

Selon Paquette-Desjardins et al., (2015), la santé est une façon d'être et de se développer, c'est un processus composé d'éléments biophysique, psychosocial et environnemental toujours en interaction. La santé n'est pas définie comme une absence de maladie, mais une coexistence avec cette dernière. Ainsi donc, la santé se définit par la capacité de la personne ou de la famille à s'adapter et à mettre en place des stratégies d'adaptation concernant les événements quotidiens et défis, pertes et crises qui la mettent en échec ou non. L'étude de Kirby et al., (2005) vise à

examiner le vécu à court et long terme des proches de personnes addicts et à déterminer s'il y a des problèmes pertinents et prévalents (économiques, comportementaux, psychologiques) à développer. Les auteurs attestent que la famille rencontre des difficultés notamment dans la santé. Ce qui démontre un manque de stratégies d'adaptation, selon nous, il est donc capital de les aider à trouver des stratégies plus efficaces. Comme la santé est une coexistence avec la maladie, en aidant la famille à trouver des stratégies d'adaptation plus efficaces, celle-ci aura une meilleure capacité à s'adapter et pourra les mettre en place dans la problématique d'addiction.

Toujours selon Paquette-Desjardins et al., (2015), le développement et le coping sont interdépendants et indissociables dans ce modèle théorique. Coping : ensemble d'efforts et moyens mis en place pour faire face à un événement ou résoudre une problématique, habileté apprise et acquise dans la famille et l'environnement, évolue dans le temps et influencé par l'expérience de chacun. Développement : continuité du coping, apprentissage de moyens pour faire face à la vie, prise de conscience des acquis antérieurs et capacité à les mettre en place quand ils sont nécessaires. Dans la majorité de nos articles (Caddy et al., 2012 ; Copello et al., 2009 ; Flynn, 2010 ; Hughes-Hammer et al., 1998 ; Kirby et al., 2005), les notions de coping, adaptation et développement sont mises en avant, ce qui prouve qu'une des interventions les plus importantes de l'infirmière dans ce contexte est de travailler avec la famille sur leurs stratégies.

Dans le cadre du modèle de McGill, le terme "famille" réfère donc, aussi bien à des personnes liées par le sang qu'à, un groupe naturel, à des personnes significatives l'une pour l'autre ou à des personnes ayant un pouvoir d'influence dans la prise de décisions d'une autre personne (Paquette-Desjardins, Sauvé, & Gros, 2015, pp. 37 38). La famille est donc vue comme un système en

interdépendance. Le modèle conçoit la personne comme un être actif, capable d'apprentissage et de faire face, de s'ajuster et d'avoir accès à des solutions ou moyens à mettre en place. L'étude de Ahmadabadi et al., (2016), détermine l'importance des traits de personnalité et de la codépendance dans la relation conjugale. Ces auteurs mettent en évidence que, chez les épouses d'hommes addicts, il y a différents facteurs (le manque d'agrément, la nervosité, la faible ouverture) qui prédisent le risque de codépendance. Selon nous, une des interventions importantes, pour les soignants, est de rechercher le manque d'agrément chez les proches de personnes addicts pour déterminer leur risque de codépendance. Le proche a un pouvoir d'influence sur le processus décisionnel des autres personnes car c'est un système interdépendant, si l'épouse développe une codépendance, cela pourrait influencer l'addiction de son conjoint avec un effet possible sur la fréquence de consommation.

L'article de Flynn, (2010), a pour but, notamment, d'aider les groupes familiaux à comprendre la consommation excessive comme étant comportement choisi et provenant de la responsabilité de l'individu en utilisant une thérapie systémique réflexive pour faciliter la modification, l'adaptation ou l'introduction de nouvelles croyances, attitudes, comportements et communication. Il démontre que la pratique réflexive systémique permet une compréhension différente et pluraliste de l'expérience du comportement, le travail avec la famille améliore la résolution, la compréhension, la communication lors de problème avec les autres. D'après nous, il est primordial de comprendre le mode de communication du système familial afin de l'aider à changer ses croyances vis-à-vis du comportement de leur proche en lui permettant de remettre la responsabilité de la consommation au membre addict. Le modèle conçoit donc l'individu comme un être actif et capable de s'ajuster et d'avoir

accès à des solutions ou moyens à mettre en place, mais pour cela, il faut comprendre le mode de fonctionnement et de communication du système familial.

L'environnement, selon le modèle de McGill, comprend les lieux de travail, loisir et enseignement, la communauté et milieu de soins de santé. La famille et l'environnement s'auto-influencent réciproquement (principe systémique de la circularité). Nous pouvons donc retrouver les liens entre les individus et les relations avec l'environnement grâce aux génogrammes et écocartes (Paquette-Desjardins et al., 2015). L'étude de Kirby et al., (2005) vise à examiner le vécu des proches de personnes addicts et déterminer les problèmes pertinents et prévalents (économiques, comportementaux, psychologiques) à développer. Les auteurs démontrent que la famille rencontre des difficultés relationnelles, émotionnelles, financières, de la santé et du mode de vie. Selon nous, il est pertinent de faire un génogramme et une écocarte afin de mieux comprendre les liens entre les membres de la famille et leurs relations et dans quel environnement ils progressent. Ainsi donc, nous pouvons intervenir avec eux sur les difficultés relevées en entretien.

L'article de Flynn, (2010), a pour but d'utiliser une thérapie systémique réflexive de couple ou de famille pour faciliter la modification, l'adaptation ou l'introduction de nouvelles attitudes et comportements. Il démontre que si un environnement de confiance, sans jugement, avec acceptation, un changement positif est possible de la part de la famille. Si nous créons un environnement de confiance, sans jugement et avec acceptation, celui-ci sera propice aux changements, la famille et le proche addict seront plus enclins à entrer dans un processus thérapeutique.

La relation de collaboration permet à la famille d'acquérir des stratégies d'adaptation et se développer pour atteindre les buts fixés. La famille doit être en position favorable d'apprentissage ou changement, l'infirmière doit l'évaluer et

ajuster son plan d'intervention selon son évolution. L'infirmière démontre du respect et accueille la personne ou la famille dans ses choix, elle se concentre sur les forces et potentiels plutôt que sur les limites et lacunes de la personne ou famille. La collaboration entre la famille et l'infirmière se définit comme la façon dont elle interagit et travaille avec les individus, elle s'exprime dans chaque échange avec les individus. La relation de collaboration est basée sur la reconnaissance des compétences et connaissances réciproques. Il faut prendre en considération les compétences anciennes et nouvelles ainsi que la complémentarité et les particularités de chacun. Il faut reconnaître les savoirs et habiletés individuelles, les mettre en commun pour améliorer l'intervention et acquérir une meilleure efficacité (Paquette-Desjardins et al., 2015). L'étude de Copello et al., (2009) a pour but d'étudier si une intervention en cinq étapes est plus efficace qu'une forme plus brève, de soutenir et d'aider les membres de la famille, et pour finir, à transférer les interventions, le soutien et l'aide aux autres membres de la famille touchés par la consommation de substance. Ces auteurs démontrent que les participants ont préféré avoir un contact en face à face plus intensif que dans l'intervention brève. Les interventions faites par les infirmières devraient être favorisées, car il n'y a pas de différences de coût par rapport aux interventions exécutées par le médecin. D'après nous, le fait de voir les participants plus régulièrement crée une relation de confiance permettant de réduire le stress ressenti par la famille en lien avec la consommation de substance addictive.

L'article de Flynn, (2010), a pour but l'utilisation d'une thérapie systémique réflexive de couple ou de famille pour faciliter la modification, l'adaptation ou l'introduction de nouvelles croyances, attitudes, comportements et communication. Il relate qu'il est nécessaire pour l'infirmière d'évaluer le stade de préparation aux changements et aide à en adapter les interventions ou la réflexion. Il écrit qu'il faut,

donc, modifier la pratique et structurer les protocoles cliniques afin de faciliter l'engagement et améliorer les prestations de soins. Selon nous, il est primordial d'évaluer dans quel stade se situe la famille lors de la préparation au changement, d'adapter notre réflexion et nos interventions auprès de chaque famille pour favoriser la relation de collaboration et leur engagement qui est un thème principal dans le modèle de McGill. En effet, le modèle transthéorique de Prochaska & DiClemente, (1984), pense le changement de comportement comme étant un processus continu et non un acte ponctuel. Ce changement de comportement se produit selon cinq stades: pré-contemplation, contemplation, décision, action et maintien.

Le soignant est capable d'offrir le bon soin, au moment opportun et à la bonne personne. Il sait soutenir la personne dans toute situation et répartit ses connaissances. L'expertise et le jugement clinique du soignant favorise la relation thérapeutique et permet de mettre en place des soins de qualité. Il faut également écouter, reformuler et refléter les informations données par la famille. Elle valorise donc les efforts et manifeste sa confiance en ses habiletés. L'infirmière peut donc avoir des attitudes et comportement exemplaires pour la famille durant son apprentissage. Le personnel soignant doit être en accord avec la famille pour qu'il atteigne ses objectifs en mobilisant ses connaissances en santé pour la mise en place des ressources et services nécessaires à la famille. L'infirmière a également un rôle de coaching, elle évalue l'état de santé, la surveillance clinique, les soins et traitements infirmiers selon son plan (Paquette-Desjardins et al., 2015). L'article de Flynn, (2010), a pour but d'offrir un aperçu des prestations de services de traitement. Il démontre que la participation au traitement améliore ses résultats, sa résolution, sa compréhension et sa communication lors de problèmes avec les autres. Il évoque également l'adaptation des interventions ou de la réflexion pour

apporter des modifications à la pratique, structure et protocoles cliniques afin de faciliter l'engagement et améliorer les prestations de soins. D'après nous, il est nécessaire de tenir compte des interventions citées précédemment car notre revue de littérature se base sur les interventions infirmières. Le modèle explique que le soignant est capable d'offrir le bon soin, au moment opportun et à la bonne personne, il sait soutenir la personne dans toute situation et répartit ses connaissances, ce qui démontre que le changement de pratique, structure et protocoles cliniques a besoin de modification.

6.3 Réponse à la question de recherche

Arrivant à la fin de notre travail, nous pouvons maintenant répondre à notre question de recherche qui est : Quelles sont les interventions infirmières auprès des familles de personnes souffrant d'addiction en milieu psychiatrique ?

Les articles que nous avons analysés pour y répondre nous ont donné des recommandations d'interventions concrètes réalisables en milieu psychiatrique qui nous permettront d'aider les familles de patients souffrant d'addiction. Il est primordial d'intervenir auprès de la famille, car celle-ci constitue une ressource importante pour la personne addict. Si la famille s'investit dans le processus thérapeutique, la personne addict se sentira entourée et pourra, dès lors, entrer elle-même dans son propre processus thérapeutique. De nombreuses pistes d'actions sont ressorties des résultats que nous avons classés en cinq catégories.

Dans les recherches des traits de personnalité menant à la codépendance, il est important de rechercher le manque d'agrément, la nervosité et le manque d'ouverture.

La création et l'utilisation d'outils nous permettent d'évaluer la codépendance à l'aide de la CODAT et la Significant Other Survey de manière systématique et régulière pendant le processus thérapeutique

Les interventions longues sont plus bénéfiques que les interventions brèves, car cela permet de créer une relation de confiance et une alliance thérapeutique en rencontrant régulièrement la famille. Cela permet de réduire le stress ressenti par le système familial.

L'utilisation de la pratique réflexive nous permet, en comprenant le mode de communication du système familial, à l'aider à analyser et prendre du recul vis-à-vis de ses croyances et du comportement de leur proche concernant la consommation. La pratique réflexive vise aussi à aider la famille à trouver des stratégies d'adaptation plus efficaces, ainsi, celle-ci aura une meilleure capacité d'adaptation et pourra mettre en place des stratégies d'adaptation dans la problématique d'addiction. De plus, en intégrant les enfants et adolescents au processus thérapeutique, nous pourrions tenter de prévenir les risques que ceux-ci développent ou subissent une problématique d'addiction. Pour que la pratique réflexive puisse se faire dans les meilleures conditions, il est important de créer un environnement de confiance, non jugeant et acceptant, le système familial est propice au changement et, donc, à la pratique réflexive. Il est primordial, en tant qu'infirmière, d'adapter notre réflexion et nos interventions pour favoriser l'engagement de la famille permettant ainsi que tout un chacun soit sur un pied d'égalité dans la prise en charge thérapeutique et que la compréhension soit la même pour tous. Pour finir, il est important que l'infirmière évalue le stade de la préparation au changement dans lequel est la famille car cela permettra de faire intervenir tous les membres dans la dynamique du processus thérapeutique.

L'expression par l'art est bénéfique si elle est transférée à l'ensemble de la famille. Les activités créatives tel que la peinture, les perles, la couture ou le travail de l'argile permettent à chacun d'exprimer ses émotions et nous permet ainsi d'évaluer leurs émotions. L'évaluation de l'amélioration des données psychométriques (données de la mesure de l'esprit) à l'aide des outils SF14, Q-LES-Q, HoNOS, DASS-21, nous permet d'avoir une vision d'ensemble de l'amélioration du statut mental de chaque membre de la famille, entre l'admission et la sortie du patient addict, et est ainsi bénéfique pour adapter par la suite les interventions créatives.

Les interventions que nous n'avons pas pu classer dans l'une des catégories précédentes sont regroupées dans cette dernière catégorie. En tant qu'infirmière, il est essentiel d'évaluer les difficultés rencontrées par les patients et notamment au point de vue financier, relationnel, psychologique et émotionnel. Il est important de mettre en évidence les problèmes financiers résultant de l'addiction, car ceux-ci peuvent réduire les stratégies d'adaptation de la famille. En faisant un génogramme et une écocarte pour mieux comprendre les liens entre les membres de la famille et leur relation, nous pouvons intervenir sur les difficultés relevées en entretien.

Nous avons aussi pris conscience qu'il existe, à ce jour, peu d'interventions concrètes auprès des familles de personnes addicts bien que celles-ci soient un point central des soins en santé mentale. Les interventions trouvées lors de nos recherches étaient variées et réalisables par des infirmiers. Il faut également prendre en considération et rechercher les risques de codépendance en utilisant des outils déjà développés (CODAT et Significant Other Survey) ou en en développant de nouveaux. De plus, la présence de certains traits de caractère (nervosité, manque d'agrément, faible ouverture) est source de facteur prédisposant à la codépendance. La pratique réflexive a été utilisée et a pu montrer des preuves

de son efficacité auprès de la famille faisant de celle-ci une intervention positive à essayer avec les familles de patients addicts. L'expression par l'art, qui est une intervention originale, a été citée dans un article. Pour finir, des interventions brèves ou longues peuvent être mises en place par l'infirmière pour soutenir et aider la famille de personnes addicts.

6.4 Conséquences/implications pour la pratique

Les résultats recueillis dans les différentes études nous ont conduites à réfléchir sur des interventions applicables à la pratique. Ces résultats peuvent également faire apparaître des pistes d'interventions et des réflexions aux infirmiers en santé mentale concernant l'accompagnement des familles de personnes souffrant d'addiction. Nous explicitons ci-dessous les implications pour la pratique qui nous semblent les plus judicieuses. Nous les classons, ci-après, en fonction de leur degré de réalisabilité lors la vie quotidienne en service de psychiatrie.

Les interventions facilement réalisables:

- Evaluer les risques de codépendance à l'aide de la CODAT et la Significant Other Survey
- Evaluer les émotions à l'aide d'activités créatives (peinture, perles, couture, travail de l'argile...) en la transférant à l'ensemble de la famille pour que chacun ait un moyen d'exprimer ses émotions.
- Evaluer les difficultés des patients et de leur famille au point de vue financier, relationnel, psychologique et émotionnel lors de l'anamnèse d'arrivée.
- Aider à trouver des stratégies d'adaptation plus efficaces ; la famille aura une meilleure capacité à s'adapter et pourra les mettre en place dans la problématique d'addiction.

- Créer un environnement de confiance, non jugeant et acceptant qui est propice au changement
- Adapter notre réflexion en tant que soignant et nos interventions pour favoriser l'engagement de la famille

Les interventions plus complexes

- Evaluer les difficultés des patients et de leur famille au point de vue financier, relationnel, psychologique et émotionnel au quotidien.
- Intervenir auprès des enfants et adolescents en les intégrant dans le processus thérapeutique pour prévenir les risques de développer ou subir une problématique d'addiction.
- Comprendre le mode de communication du système familial afin de l'aider à analyser et prendre du recul vis-à-vis de ses croyances et du comportement de leur proche.
- Faire un génogramme et une écocarte pour mieux comprendre les liens entre les membres de la famille et leur relation pour intervenir sur les difficultés relevées en entretien.

6.5 Recherches ultérieures

Il a été compliqué pour nous de trouver des articles récents et répondant directement à notre question de recherche. Selon nous, il serait pertinent que des études scientifiques soient développées dans les prochaines années. Celles-ci devraient porter sur la codépendance et les interventions infirmières auprès de la famille en s'inspirant du modèle de la systémique familiale qui, selon nous, est le plus pertinent. Selon nous, le manque d'intervention familiale peut compromettre le rétablissement de la personne dépendante car elle pourrait manquer de soutien et

de compréhension de la part de ses proches. Les interventions relevées dans les résultats sont partiellement adéquates aux addictions, notamment, car chaque type d'addiction agit différemment sur le cerveau en fonction de la substance et certaines addictions sont moins stigmatisantes que d'autres aux yeux de la population. Il serait judicieux que les études futures ne se concentrent que sur un type d'addiction et ne les mélangent pas. De plus, il serait important de continuer à faire des études se concentrant sur les interventions auprès de la famille, car ces dernières années, il y a un besoin croissant exprimé par les familles d'être impliquées et prises en compte dans le processus thérapeutique de leur proche addict. Il serait pertinent de faire davantage de recherches sur la discrimination et la stigmatisation des consommateurs addicts et de la culpabilité ressentie par les familles.

6.6 Les limites de la revue de littérature

Notre revue de littérature comporte un certain nombre de limites. Premièrement, nous avons eu des problèmes de compréhension dans la subtilité et la structure des articles. Il est possible donc que quelques subtilités des articles nous aient échappés, notamment des explications de méthode complexe, des mots polysémiques et certains termes scientifiques. Malgré cela, nous avons l'impression d'avoir saisi la majorité des interventions décrites dans les articles. La deuxième limite relevée est qu'aucune étude ne répondait de manière concise à la question de recherche. Du coup, nous avons dû la revoir et sélectionner quelques éléments de chaque article pour répondre à notre problématique. Pour finir, nous avons eu de la difficulté à synthétiser la discussion et à la rédiger, car nous avons choisi deux cadres théoriques très vastes et similaires.

7. Conclusion

Ce travail a étoffé notre savoir concernant les interventions infirmières auprès de la famille et nous a rendues sensibles à l'impact de l'addiction tel que la codépendance. Toutes les recherches menées lors de ce travail nous ont permis d'avoir un regard plus pointu et critique sur l'analyse des résultats des articles. Ceux-ci nous ont aidées à répondre à notre question de recherche en nous apportant des idées d'interventions pertinentes et réalisables dans la pratique quotidienne en santé mentale. Ce travail a rendu possible la connaissance de la codépendance et l'impact de l'addiction au sein de la famille et du couple. Il est primordial d'intégrer la famille dans le processus thérapeutique. Nous avons déjà vu un bout de cette problématique en cours, mais la réalisation de ce travail nous a permis d'augmenter nos connaissances. Il est important de collaborer avec la famille, car le fait de vivre avec une personne addict a un impact sur tout le système. Il est donc essentiel de l'aider à trouver sa place dans le processus de soin. Notre rôle consiste à prendre en charge le patient et sa famille simultanément. Le système familial pourra ainsi trouver des stratégies d'adaptation pour aider leur proche à faire face.

Au point de vue de la méthodologie, nous n'avons pas eu de difficulté particulière compte tenu que nous avons déjà eu l'occasion de faire un travail de recherche lors d'un module précédant. Le point le plus compliqué pour nous a été d'utiliser les mots MeSH adéquats. Dans notre futur professionnel, cette méthodologie nous servira à rechercher des preuves EBN que l'on pourra mettre en place pour nos patients dans différents domaines (psychiatrie, urgence, soins aigus...) de manière rigoureuse.

Pour conclure, ce travail de fin de formation a été une satisfaction pour nous. Nous avons eu des difficultés pendant nos recherches, nous avons toutefois

persévéré. Ce travail nous a demandé beaucoup de temps et d'énergie tout au long de l'année scolaire. Malgré que nous ayons pris du retard au début, nous avons réussi à finir notre travail dans les temps. Le fait de faire ce travail en binôme nous a permis de confronter nos idées et nos caractères forts lors de nos divergences d'opinion. Nos compétences dans des domaines différents (psychiatrie vs soins aigus) nous a permis de mettre en forme un travail riche dont certaines interventions seront réalisables en soins aigus.

Pour finir, nous espérons que ce travail amènera de la réflexion au professionnel de la santé mentale et de soins aigus.

8. Références

Addiction Suisse, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Universität Zürich Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, & Institut d'étude de marché et d'opinion. (2017). *Monitorage suisse des addictions Cannabis*. Repéré à <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/4.html>

Ahmadabadi, Z., Khosravi, N., Madanipour, A., Panaghi, L., & Sadeghi, M. S. (2016). Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. *Addiction & Health*, 8(2), 98-106.

Caddy, L., Crawford, F., & Page, A. C. (2012). 'Painting a path to wellness': correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome: Painting a path to wellness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 327-333. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01785.x>

Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., ... Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction*, 104(1), 49-58. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02417.x>

Coquard, O. (2009). *La codépendance*. Repéré à <http://www.stop-alcool.ch/la-codependance>

Danis, M. D. (2016). *Au coeur de la codependance* (3^e éd.). Genève : Edition du Tricorne.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler-Murr, A. C. (2012). *Diagnostics infirmiers: interventions et justifications*. Bruxelles : De Boeck. (OCLC: 947041111).

Dubuc, B. (2016). *Le circuit de la récompense*. Repéré à http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_03/a_03_cl/a_03_cl_que/a_03_cl_que.html

Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille: une approche systématique en soins infirmiers*. Montréal [etc. : Gaëtan Morin éditeur. (OCLC: 807563901).

Flynn, B. (2010). Using systemic reflective practice to treat couples and families with alcohol problems: Using systemic reflective practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 583-593. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01574.x>

Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA). (2012). *Addiction*. Repéré à <http://www.grea.ch/addiction-0>

Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S., & Zeller, R. A. (1998). Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 264-272. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(98\)80036-8](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80036-8)

Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Benishek, L. A., & Harrington, V. M. (2005). The Significant Other Checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users. *Addictive Behaviors*, 30(1), 29-47. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.04.010>

Maffli, E. (2002). Abus d'alcool: conséquences pour les proches. *Dépendances*, 17(1), 4-9.

Martin, L. (2013). *Prévention des addictions: le rôle singulier de l'infirmier*. Repéré à <http://www.actusoins.com/12637/prevention-des-addictions-le-role-singulier-de-linfirmier.html>

Observatoire Français Des Drogues Et Des Toxicomanies (OFDT). (2017). *Produits et addictions, vue d'ensemble*. Repéré à <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>

Office Fédéral De La Santé Publique. (2017). *Faits & chiffres alcool*. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-zu-alkohol.html>

Oser en parler. (2017). *La codépendance*. Repéré à <http://www.oserenparler.com/lheterosexualite/codependancehetero/>

Paquette-Desjardins, D., Sauvé, J., & Gros, C. (2015). *Modèle McGill: une approche collaborative en soins infirmiers* (1^{re} éd.). Montréal (Québec) : Chenelière éducation. (OCLC: 904473270).

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill : Dow Jones-Irwin.

Sall, H. N. (2016). *La revue de littérature*. Repéré à http://edutechwiki.unige.ch/fr/La_revue_de_litt%C3%A9rature

Townsend, M. C., & Clavet, helene. (2010). *Soins infirmiers psychiatrie et santé mentale*. Saint-Laurent (Québec) : ERPI. (OCLC: 708355400).

Déclaration d'authentification

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Alison Stringari

Samantha Kim Trocchio

Appendices A

Grilles de lecture résumée et critique

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments rapport	du	Contenu de l'article
Références complètes		Ahmadabadi, Z., Khosravi, N., Madanipour, A., Panaghi, L., & Sadeghi, M. S. (2016). Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. <i>Addiction & Health</i> , 8(2), 98-106.
Introduction	de	Déterminer les différences des épouses d'hommes dépendants en termes de codépendance et de traits de personnalité. Comment les traits de personnalité affectent la relation de couple avec un homme dépendant avec comme résultat la codépendance et le stress?
Recension des écrits		La toxicomanie est un problème social répandu dans les familles iraniennes. En Iran, il y a 2 à 4 millions d'utilisateurs sur 70 millions d'habitants adultes, environ sont 50% mariés. La plupart des études iraniennes liées à la dépendance ont porté sur la prévalence et l'étiologie et certaines ont examiné ses répercussions sur la famille. Comme maladie familiale, la dépendance affecte toutes les relations intimes et les proches. Les personnes toxicomanes ne sont pas fiables, crée le chaos, l'encombrement dans la confusion familiale et émotionnelle, leurs comportements instables et imprévisibles provoquent une anxiété chronique, une

	<p>perturbation et une peur dans la famille. La famille tente de contrôler la situation préjudiciable, se reprochent la situation et ont honte des circonstances. Caractéristiques : comme la faible estime de soi, la tendance à minimiser les demandes personnelles, la hiérarchisation des besoins des autres, les comportements exagérés, l'implication obsessionnelle chez les autres et les problèmes de relations intimes sont fréquemment signalés par les familles de toxicomanes, en particulier leurs femmes.</p> <p>Concept de codépendance utilisé pour définir les comportements et les relations de prise en charge au sein de la famille des toxicomanes.</p> <p>Débats sur la question de savoir si la codépendance est une relation dysfonctionnelle ou un problème de personnalité.</p> <p>Un conjoint chimiquement dépendant a un trouble de la personnalité lui faisant manifester des comportements codépendants. De tels comportements sont des réactions normales à des facteurs de stress lors de vie commune avec un toxicomane.</p> <p>Les psychologues considèrent la personnalité comme un modèle unique de pensées, d'attitudes et de comportements se formant pendant l'enfance et restant stable au fil du temps.</p> <p>Approche pour étudier la personnalité est le modèle à 5 facteurs de la personnalité comprenant la nervosité, l'extraversion, l'ouverture à l'expérience, l'agrément et la conscience. La nervosité (degré d'émotions, d'insécurité, de vulnérabilité et d'anxiété négative), l'extraversion (énergie, l'affirmation de soi, la sociabilité et les émotions positives), l'agilité (tendance à être gentille et coopérative), la conscience (discipline personnelle, laborieuse et diligente), l'ouverture (curiosité, sa créativité et ses perspectives flexibles).</p> <p>Les modèles dominants soulignant le rôle des traits de personnalité dans la relation facteurs de stress-stress montrent que la personnalité affecte la façon dont les gens façonnent une situation stressante, s'exposent de manière différentielle à des événements stressants, mais détermine comment la perception, l'évaluation, la manière de faire face et les réactions des individus aux facteurs de stress.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Concept de codépendance, dépendance.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Déterminer si les épouses d'hommes dépendants sont différentes en termes de codépendance et de traits de personnalité.</p> <p>Comment les traits de personnalité affectent la relation de couple avec un homme dépendant avec comme</p>

	résultat la codépendance et le stress?
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif explicatif.
Population, échantillon et contexte	70 épouses d'hommes dépendant sélectionnées par NARAN et Congress 60 Society, 70 épouses d'hommes non dépendants sélectionnées dans différentes parties de Téhéran. Sélections réalisées grâce à un échantillonnage pratique. 28.1% des femmes (38) avaient un diplôme de second cycle, 71.9% des femmes (97) un diplôme de troisième cycle. 28.1% <30ans, 37% entre 30 et 40ans, 34.8% >40ans, 37% femmes (50) travaillaient et 63% des femmes (85) au foyer. Critères d'inclusion : habileté à lire et écrire, signature du consentement éclairé.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Questionnaires de Spann-Fischer Codependency Scale (SFCS) et NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI). SFCS composée de 16 éléments autoévalués avec des réponses données selon une échelle de Lickert à 6 points de 1 fortement en désaccord à 5 fortement d'accord. Les scores varient de 16 à 96, plus le score est élevé plus le niveau de codépendance est élevé. Cohérence interne mesurée par l'alpha de Cronbach variant de 0.73 à 0.80. Corrélation test-retest de 0.87. SFCS présente la plus grande fiabilité et validité. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0.81. Pour la fiabilité, les coefficients alpha de Cronbach sont de 0.86, 0.77, 0.73, 0.68, 0.81 pour N, E, O, A, C. Les résultats de l'alpha de Cronbach pour cette étude variaient de 0.70 à 0.87 pour les échelles N, E, O, A, C. Coefficient de corrélation de Pearson, l'analyse des variances (ANOVA) et les analyses de régression multiple ont également été réalisées.
Déroulement de l'étude	SFCS composée de 16 éléments autoévalués avec des réponses données selon une échelle de Lickert à 6 points de 1 fortement en désaccord à 5 fortement d'accord. Les éléments recouvrent 3 dimensions de la codépendance : le maintien d'un locus de contrôle extérieur extrême, le manque d'expression ouverte des sentiments, l'utilisation d'ordre/avertissement/rigueur pour établir des relations. Les scores varient de 16 à 96, plus le score est élevé plus le niveau de codépendance est élevé.

	<p>NEO-FFI utilisé pour évaluer cinq traits de personnalité, comprend 5 échelles de 12 éléments développées grâce à des analyses factorielles sous la forme courte de l'inventaire de personnalité NEO révisé (NEO-PI-R) pour évaluer la nervosité (N), l'extraversion (E), l'ouverture (O), l'agrément (A), la conscience (C). Réponse aux éléments selon une échelle de Lickert de 5 points allant de fortement en désaccord (1) à fortement d'accord (5).</p>
Considérations éthiques	<p>Pas d'informations mentionnées concernant les considérations éthiques.</p>
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p>Les résultats de l'ANOVA indiquaient que la codépendance des épouses d'hommes dépendants étaient significativement supérieures à celles des autres femmes (55.7 vs 51.0, $P < 0.05$). La signification du manque d'agrément des épouses d'hommes toxicomanes était significativement plus élevée que les épouses d'hommes non dépendants (28.6 vs 26.5, $P < 0.05$). Les autres caractéristiques pas significativement différentes entre les deux groupes de femmes.</p> <p>Les coefficients de corrélation entre les traits de personnalité et la codépendance dans les deux groupes. Dans le groupe des femmes d'usagers de drogues, la nervosité a eu une relation relativement forte et positive avec la codépendance ($r = 0.62$). Dans le groupe des femmes de non-toxicomanes, la corrélation de la nervosité a eu une relation positive et significative avec la codépendance ($r = 0.35$).</p> <p>Le test de la multicolinéarité effectué en utilisant le facteur d'inflation de variance pour évaluer la corrélation entre les variables indépendantes. La moyenne pour tous les modèles de régression était proche de 1 indiquant que la multicolinéarité n'était pas un problème dans le modèle. La régression multiple a indiqué une interaction significative entre l'épouse d'un usager de drogue et la nervosité ($\beta = 0.23$, $P < 0.05$, $R^2 = 0.03$), l'ouverture ($\beta = -0.30$, $P < 0.05$, $R^2 = 0.04$) et l'agrément ($\beta = -0.29$, $P < 0.01$, $R^2 = 0.05$).</p>
Présentation des résultats	<p>Détermination de l'effet modérateur de la personnalité, scores standardisés de variables et régression hiérarchique effectuée. Groupe des variables fictives, les traits de personnalité et l'interaction de deux variables ont été inscrits respectivement dans les premier, deuxième et troisième modèle. L'un des traits de personnalité a été inscrit à chaque itération de la course de régression (totalement cinq itérations).</p> <p>Après avoir examiné le rôle modérateur des traits de personnalité dans la relation entre vivre avec un homme dépendant et la codépendance, les traits de personnalité de la nervosité, de l'ouverture et de l'agrément étaient divisés en deux catégories. Les individus avec les scores et l'écart-type au-dessus de la moyenne ont été placés dans la classe supérieure, et ceux dont les scores étaient un écart-type inférieur à</p>

	<p>la moyenne placés dans la classe basse.</p> <p>Vivre avec des hommes toxicomanes prédit la codépendance chez les femmes atteintes de nervosité élevée, faible d'ouverture et avec peu d'agrément. Chez les femmes à faible nervosité, une grande ouverture et une grande convivialité, être épouse d'un homme dépendant n'a pas changé le degré de codépendance.</p>
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Les épouses d'usagers de drogues avaient une dépendance de code supérieure à celle de l'autre groupe. Conclusion conforme aux résultats d'études antérieures. Dans une étude réalisée par Cermak, les épouses d'hommes alcooliques ont connu des distorsions aux limites dans des situations d'intimité et de séparation. Selon Schaefer, les épouses de toxicomanes déforment leurs émotions en formant la codépendance, négliger la tourmente d'être le conjoint d'un toxicomane en acceptant les devoirs et les responsabilités et détourner leur attention de problèmes douloureux en se concentrant mentalement sur les personnes, les objets et d'autres situations. Cela les aide à accroître leur contrôle sur la situation et à ressentir davantage d'estime de soi.</p> <p>Les constatations ont révélé que, sauf l'agrément, il n'y avait pas de différences significatives dans d'autres traits de personnalité chez les femmes avec des conjoints toxicomanes et des femmes normales. Aucune différence significative entre les femmes des alcooliques et d'autres femmes en termes de nervosité et de psychoticisme, mais les épouses d'hommes dépendants sont moins extraverties. Un petit échantillon de femmes, accompagnant leur mari pour le traitement au Japon, ont été signalées plus nerveuses. Les épouses d'hommes alcooliques ayant un profil plus élevé dans l'hypochondrie (Hs), la dépression (D) et l'hystérie (Hy) ont signalé être de la plus grande passivité, la dépendance et l'insécurité.</p> <p>Les épouses avaient une signification plus élevée d'agrément. Cette constatation et les preuves suggèrent que les toxicomanes ont des scores faibles dans l'agrément conduisant au modèle de vulnérabilité-stress-adaptation, dont la qualité conjugale dépend des processus adaptatifs et des vulnérabilités persistantes contre les événements stressants. L'aggravation était fortement associée à la stabilité conjugale et chacun des couples en fournirait des quantités suffisantes dans leur vie. Pour compenser le manque d'agrément du toxicomane, sa femme présente une plus grande proportion d'adaptation pour maintenir la stabilité conjugale.</p> <p>En outre, une attention plus profonde à la nature de l'agrément peut être utile. L'aggravation est associée à la confiance, à l'altruisme, au soin, à l'attractivité, à la conformité, à l'empathie, à la gentillesse et à la coopération. La grande convenance de ces femmes pourrait être due aux attentes sociales des femmes en</p>

tant que soignantes et nourricières.

L'analyse de corrélation montre l'existence d'une relation entre nervosité et codépendance. La codépendance était associée à la dimension nerveuse de la personnalité. Relation plus forte chez les femmes d'hommes toxicomanes plutôt que chez les femmes normales (0.62 à 0.36). La nervosité chez les épouses d'hommes dépendants et de femmes normales devrait être proche de 40% et 13% de la variance de la codépendance. Cette constatation montre que l'absence d'un objectif, le désespoir, la faible estime de soi, l'échec à atteindre les objectifs, le manque de confiance dans le futur, le développement de personnage médiocre et une vie débordante de frustration, d'anxiété, de dépression, de panique, l'agression, le manque de sécurité et l'environnement imprévisible qui sont causés par des conditions de vie désagréables chez les épouses de toxicomanes pour marquer haut dans la nervosité.

La nervosité et la codépendance ont des symptômes communs. Présence de symptômes associés à la codépendance (problèmes médicaux, faible estime de soi), la faible estime de soi comprend l'autocritique, l'auto-culpabilité et la honte. De même, la nervosité comprend une faible estime de soi, une autocritique, une auto-culpabilité, une culpabilité, un vide, une tristesse, une angoisse de solitude, une dépression, un désespoir et un manque de confiance dans les autres.

Parmi les épouses d'hommes dépendants, l'extraversion est négativement liée à la codépendance. Résultat cohérent avec les résultats obtenus par d'autres travaux de recherche. L'extraversion reflète des caractéristiques : la sociabilité, l'énergie, la sincérité, les sentiments gentils, la recherche de sensibilité et les émotions positives, la codépendance s'associe à l'anxiété et la dépression et à des caractéristiques de défaillance.

Les résultats montrent que vivre avec des personnes toxicomanes conduit les femmes à être plus nerveuses, moins agréables et moins ouvertes à l'expérience et présentent des comportements codépendants. En comparaison avec les femmes à faibles nervosité, les personnes atteintes d'une nervosité plus élevée perçoivent différemment et sont plus émotionnellement réactives aux facteurs de stress, et utilisent des mécanismes d'adaptation moins efficaces. Les traits de personnalité affectent la relation entre stress-facteurs de stress par l'exposition différentielle aux facteurs de stress, les épouses hautement nerveuses s'exposent différemment à d'autres facteurs de stress que ceux ayant une faible nervosité.

La deuxième variable modératrice est l'agrément. Les personnes agréables ont tendance à être plus prosociales, généreuses, respectueuse, sympathiques, altruistes et douces. Elles utilisent moins de

	<p>stratégies d'adaptation axées sur l'émotion, et recherchent davantage le soutien. En outre, les individus qui sont très satisfaits sont plus capables de réguler leurs sentiments tout au long des interactions interpersonnelles, de résoudre les conflits et de réduire la fréquence et l'ampleur des interactions négatives. Il semble que l'agrément (ressource psychologique) aide les épouses à mieux répondre aux facteurs de stress et à ajuster leurs effets néfastes.</p> <p>L'ouverture à l'expérience peut être montrée comme "la largeur, la profondeur, l'originalité et la complexité de la vie mentale et expérientielle d'un individu", l'imagination, la créativité, l'intelligence et la capacité à apprendre rapidement. L'ouverture peut être corrélée avec la réduction du stress et l'évaluation des situations comme moins menaçantes. Ces fonctionnalités permettent aux personnes ouvertes d'utiliser des styles d'adaptation axés sur les problèmes et éviter d'utiliser des stratégies d'adaptation négatives axées sur les émotions contre les facteurs de stress vitaux. Les épouse d'hommes toxicomanes qui ont une grande ouverture gèrent le stress de la vie avec intelligence et sont à l'abri des conséquences néfastes d'une telle interdépendance.</p>
Forces et limites	Population limitée aux épouses de toxicomanes. Toxicomanes consommant uniquement drogues et alcool sont omis, ainsi que les enfants et membres de la famille. Population étudiée non associée à long terme de participation aux séances et de l'histoire de la dépendance du mari. La faible taille de la population et l'échantillonnage par commodité. Les effets de contrôle de certaines variables de confusion probables.
Conséquences et recommandations	Les conjointes de tous les hommes toxicomanes ne connaissaient pas de codépendance. Les femmes sous le stress de vivre avec des personnes toxicomanes étaient élevées en nervosité et peu ouvertes et agréables, elles perçoivent la situation comme plus stressante et utilisent des stratégies d'adaptation moins efficaces. Elles sont plus vulnérables aux facteurs de stress et ont une expérience de codépendance, provenant de ces circonstances.
Commentaires	<p>Cet article met en lumière les caractéristiques de la personnalité des femmes vivant avec des hommes toxicodépendants et codépendantes.</p> <p>Cela nous permet d'avoir connaissance des caractéristiques de la personnalité et ainsi de connaître les méthodes d'adaptation utilisées par ces épouses et leur impact sur leur vie de couple.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Ahmadabadi, Z., Khosravi, N., Madanipour, A., Panaghi, L., & Sadeghi, M. S. (2016). Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. <i>Addiction & Health</i> , 8(2), 98-106				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude	x			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion	x			
Introduction de Problème recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			
Recension écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			difficile à trouver

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	x			
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?		x		
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel	x			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		x		
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		x		
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique inutieuse ?	x			
Commentaires :					

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S., & Zeller, R. A. (1998). Development and testing of the codependency assessment tool. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 12(5), 264-272. https://doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80036-8
Introduction Problème de recherche	<p>La santé, particulièrement des femmes, peut être fortement compromise à cause d'une codépendance car celle-ci est souvent dans des relations parfois dangereuses et abusives.</p> <p>Les personnes codépendantes peuvent suivre une thérapie et ainsi avoir les connaissances et la liberté dans leur relation codépendante. Pourtant, il n'existe pas d'outils ou de mesure qui mette en lumière la codépendance chez ces personnes.</p> <p>Cet article explique la création et l'évaluation de l'« outil d'évaluation de la codépendance » (CODAT) un outil varié qui conceptualise la codépendance comme un concept ayant cinq facteurs : (1) Autre approche ou auto-négligence, (2) Faible estime de soi, (3) se cacher (4) problèmes médicaux, et (5) questions relatives à la famille d'origine.</p>
Recension des écrits	<p>La codépendance est un problème de santé important, caractérisée par la dépendance d'une personne à un autre individu et à des choses au-delà de soi qui baisse son identité propre. (Goff & Goff, 1988).</p> <p>La santé, particulièrement des femmes, peut être fortement compromise face à une codépendance car celle-ci est souvent dans des relations parfois dangereuses et abusives. Les personnes qui sont</p>

codépendante peuvent suivre une thérapie (professionnelle ou non) et ainsi avoir les connaissances et la liberté dans leur relation codépendante. (Collins, 1993, Uhle, 1994, Webster, 1990).

Au début, les manifestations cliniques de la codépendance ont été interprétée comme le stress de vivre avec une personne dépendante, par la suite, les chercheurs, ont pu voir que, malgré le rétablissement des personnes dépendantes, leur entourage codépendant continuait à être présent et, parfois, empirait. Suite à ça, le concept de codépendance a été approfondi par des recherches faites par des professionnels de la dépendance (Beattie, 1987, Cermak, 1986, Kitchens, 1991, Wegscheider-Cruse et Cruse, 1990, Whitfield, 1987). Les résultats d'une étude menée par O'Brien et Gaborit (1992) suggèrent que la codépendance peut exister indépendamment de la dépendance chimique.

En 1990, un accord a été trouvé pour définir la codépendance : « La codépendance est un comportement acquis, exprimé par des dépendances à l'égard des personnes et des choses en dehors de soi ; Ces dépendances incluent la négligence et la diminution de sa propre identité. Le faux individu, qui se dégage, est souvent exprimé par des habitudes compulsives, des dépendances et d'autres désordres qui augmentent davantage l'aliénation de la véritable identité de la personne, favorisant un sentiment de honte » (Whitfield, 1991, p.10).

La littérature met en évidence de nombreuses définitions de la codépendance, par exemple, Wegscheider-Cruse et Cruse (1990) voient la codépendance comme ayant trois symptômes principaux (illusion, répression, contrainte) et trois complications résultantes ou symptômes associés (faible estime de soi, problèmes relationnels, problèmes médicaux).

La codépendance possède un concept central, « Autre approche ou auto-négligence », et quatre sous-concepts, « question relative à la famille d'origine », « faible estime de soi », « se cacher » et « problèmes médicaux ».

Le concept central d'autre approche ou auto négligence peut se définir comme « la contrainte d'aider ou de contrôler les événements ou les gens par de la manipulation ou des conseils ».

Le sous-concept des questions relatives à la famille d'origine peut être défini comme la malchance de grandir dans une famille perturbée, dépendante, comportant trop de problèmes ou les sentiments et les pensées n'ont pas pu être formulés et dans laquelle l'affection n'a pas été suffisante.

Le sous-concept de faible estime de soi dit que la codépendance comprend le fait d'avoir des pensées d'autocritique, de haine de soi et un sentiment de honte, de culpabilité et d'humiliation

	<p>Le sous-concept se cacher dit que, dans la codépendance, l'individu cache ses sentiments et gère ses émotions en montrant une face positive de lui. Un individu non- authentique apparait. (Whitfield, 1987).</p> <p>Le sous-concept des problèmes médicaux sous-tend qu'être codépendant implique le sentiment de ne pas être en bonne santé actuellement par rapport aux personnes qui entourent la personne codépendante. Celle-ci s'accompagne de préoccupation et inquiétude face aux problèmes de santé réel ou non et à un problème corporel imminent.</p> <p>Le concept central de la codépendance, autre approche ou auto-négligence, et ses quatre sous-concepts ont démontré qu'ils possèdent des antécédents qui peuvent être identifiés et des conséquences profondes pour la personne codépendante. La notion de codépendance a été largement adoptée et traitée, la codépendance est considérée comme possible (Shockley, 1994).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La codépendance ;</p> <p>Un concept de base : autre approche / auto-négligence, et,</p> <p>Quatre sous-concepts : question relative à la famille d'origine, faible estime de soi, se cacher et problèmes médicaux.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	Mise en place et test d'un outils prenant en compte 5 facteurs de la codépendance : l'« outil d'évaluation de la codépendance » (CODAT) qui est un outil varié et permettant de répondre à ce défi.
Méthodes Devis de recherche	Devis mixte séquentiel exploratoire.
Population, échantillon Et contexte	<p>Phase i:</p> <p>Groupe de huit experts dans le domaine de la codépendance et de l'addiction à l'alcool travaillant comme conseillers en toxicomanie certifiés, maîtrise ou diplôme plus élevé en counselling, psychologie ou soins infirmiers en psychiatrie.</p> <p>Phase II:</p> <p>Groupe de huit experts dans le domaine de la codépendance et de l'addiction à l'alcool travaillant comme conseillers en toxicomanie certifiés, maîtrise ou diplôme plus élevé en counselling, psychologie ou soins infirmiers en psychiatrie.</p> <p>Phase III:</p>

	<p>Echantillon pour la cohérence interne et la stabilité test-retest: 32 étudiants d'une classe d'infirmières de baccalauréat de premier cycle dans un cours de soins infirmiers en psychiatrie.</p> <p>Groupe de 236 hommes et femmes qui étaient clients dans divers environnements (cliniques, cabinets privés, hôpital) qui fournissent des soins en santé mentale. Les paramètres de cet échantillon comprenaient des patients de cliniques externes, cabinets privés, établissements hospitaliers et groupes de traitement de la codépendance.</p> <p>Le CODAT a été administré à un groupe témoin composé de 38 femmes professionnelles (professeurs d'université, administrateurs et scientifiques) et à un groupe de 21 femmes qui étaient traitées pour la codépendance dans des centres de traitement ambulatoire de santé mentale.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Phase I:</p> <p>Les experts ont reçu un pool de 250 items, ils ont été interrogés pour l'évaluation de chaque item en accord avec sa pertinence pour le concept de codépendance, identifier les items qui ont été omis, suggérer les domaines d'amélioration ou de modification des items.</p> <p>Phase II:</p> <p>Les mêmes experts ont dû évaluer chaque item en regard de sa pertinence avec la construction de la codépendance sur une échelle de Likert à quatre points: 1) non pertinent, 2) assez pertinent, 3) pertinent, 4) très pertinent.</p> <p>Ils ont dû évaluer chaque sous-concept en regard de leur pertinence et de leur exhaustivité, ils ont dû identifier les zones d'omissions et les domaines nécessitant une modification ou amélioration, ils devaient les vérifier comme indicateurs appropriés de la codépendance</p> <p>Phase III:</p> <p>Les résultats de la cohérence interne avec la corrélation de Pearson ont été mis en place pour tester la fiabilité de l'échelle</p> <p>Selon les résultats des tests ils ont gardé les 25 items les plus pertinents dans le concept de codépendance.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Phase I:</p> <p>Les experts ont omis 70 items et les autres ont été modifiés.</p> <p>Phase II:</p>

	<p>Les experts ont gardé 153 items, des ajustements mineurs à la construction des items ont été effectués suites aux suggestions des experts.</p> <p>Dans les 153 items gardés: 26 pour évaluer le refus, 19 pour la répression, 20 pour la contrainte, 30 pour l'estime de soi, 18 pour les problèmes relationnels, 13 pour les questions de contrôle, 13 pour les questions de limites, 14 pour les problèmes médicaux. 20% des items ont été inversés pour éliminer les biais de réponses.</p> <p>Les réponses sont notées: 1) rarement, 2) occasionnellement, 3) souvent, 4) habituellement, 5) la plupart du temps</p> <p>Phase III:</p> <p>Les 25 items gardés ont été administré à l'échantillon constitué du groupe témoin et du groupe de patientes traitées pour la codépendance.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Non mentionnées.</p>
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p>Les chercheurs ont utilisé SPSS (SPSS, Inc., Chicago, IL) pour extraire 10 facteurs d'une matrice de corrélation des 153 items.</p> <p>Ces 10 facteurs ont été tournés vers une solution Varimax. Dans cette solution, des facteurs ont émergé pour chacun des concepts notés. D'autres facteurs avaient des charges faibles et des définitions théoriques ambiguës. Les itérations suivantes ont éliminé les éléments avec de faibles charges factorielles et / ou ceux dont la définition théorique est faible sur les facteurs définis. Enfin, les cinq meilleurs éléments définissant chacun des cinq concepts ont été sélectionnés.</p> <p>Dix facteurs ont ensuite été extraits d'une matrice de corrélation de ces 25 items</p> <p>L'examen révèle que la consistance interne, évaluée par α de Cronbach, de l'échelle totale était de 0,97 au temps I et 0,96 au temps II.</p> <p>Les cinq items définissant chaque facteur ont été additionnés en cinq sous-échelles. Chaque sous-échelle représente sa dimension conceptuelle respective de la codépendance. Les sous-échelles ont ensuite été additionnées en une échelle totale, la mesure générale de la codépendance.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Suite à l'évaluation des variances, il en est ressort qu'un pourcentage important de variance (28.6%) est ressorti du premier facteur tandis que le facteur II possède une variance à 5.7%.</p>

Un total de 44,7% de la variance est expliqué sur les cinq premiers facteurs.

Au niveau du premier facteur (27.5%), il a un pourcentage similaire de la variance qui a été montré par un examen de pourcentage de variance expliqué. L'analyse factorielle des 153 items à une plus petite variance que celle des 25 items. Les cinq premiers facteurs de l'analyse factorielle de 25 éléments représentaient 62,5% de la variance, en hausse sensiblement par rapport à 44,7% de la variance sur les cinq premiers facteurs de l'analyse factorielle de 153 items.

De plus, dans l'analyse factorielle de la matrice de corrélation de 25 items, il y avait une nette disjonction dans la variance expliquée à cinq facteurs extraits. Autrement dit, le facteur V représentait 6,0% de la variance, soit un tiers de plus que les 4,0% de la variance expliqués sur le facteur VI ; Cependant, la variance de 4,0% a expliqué que le facteur VI était seulement 10% plus élevé que les 3,7% expliqués dans le facteur VII. Cette disjonction dans la variance expliquée détermine qu'il y a cinq facteurs systématiques dans cette matrice alors que les autres facteurs sont aléatoires. Ceci est une application du test Scree.

Il est ressorti que chaque facteur est très défini par 5 items.

L'autre approche/auto-négligence qui est un symptôme central de la codépendance est central dans ce modèle. Les trois symptômes associés à la codépendance sont conceptualisés comme se chevauchant avec le symptôme autre approche/auto-négligence.

La fiabilité (La cohérence interne et la stabilité de la mesure test-retest) de l'échelle de 153 items a été testée lors de 2 études : l'outil a été donné à un groupe de 32 étudiants infirmiers lors d'un cours de santé mentale. Il est ressorti que la consistance interne, évaluée par α de Cronbach, de l'échelle totale était de 0,97 au temps I et 0,96 au temps II. Les consistances internes des sous-échelles variaient de 0,82 à 0,91 au temps I et de 0,83 à 0,91 au temps II. La fiabilité test-retest avec l'utilisation de la corrélation de Pearson pour l'échelle totale était de 0,90. Les fiabilités les plus faibles des sous-échelles variaient de 0,78 à 0,94.

La fiabilité de l'outil de 25-items : Une fois les items définissant chaque facteur rassemblés, une échelle a été construite pour chaque facteur. Les cinq items mesurant chaque concept ont été additionnés pour créer un score d'échelle pour chaque répondant. Il en ressort que les fiabilités de α varient de 0,78 pour les problèmes médicaux à 0,85 pour les autres aspects de l'auto-négligence. La fiabilité totale de l'échelle est de 0,91. La réduction moyenne de la fiabilité découlant de la diminution du nombre d'articles a été de 0,05.

Le critère de validité du groupe a été déterminé en utilisant des techniques de groupe connues.

Pour l'outil de 153 items, l'échelle totale dans le groupe témoin avait une moyenne de 185,2, ce qui est

	<p>significativement inférieure à la moyenne de 272,2 obtenu dans le groupe de codépendant ($t = 4,98$, $df = 57$, $P < 0,01$, $q_2 = 0,42$). Cette différence moyenne représentait 42% de la variance des scores CODAT. Ce qui est comparable à un coefficient de corrélation de 0,65. Des résultats similaires peuvent être observés pour les cinq dimensions de CODAT. Dans tous les cas, le groupe codépendant avait des scores plus élevés que le groupe témoin. Dans chacun des cas, cette différence était statistiquement significative. Les scores de qq2 variaient d'un minimum de .15 pour le symptôme se cacher, à un maximum de .38 pour le symptôme de l'estime de soi. La validité du groupe de critères a donc été fortement établie pour l'outil à 153 éléments et l'outil à 25 éléments.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats des études pour développer et tester le CODAT révèlent que la mesure a une bonne cohérence interne, une fiabilité test-retest et une validité de groupe de critères.</p> <p>Le modèle original qui a été développé par Wegscheider-Cruse et Cruse (1990) a conceptualisé les symptômes principaux comme étant le déni, la répression et la contrainte.</p> <p>Le symptôme de la contrainte a été incorporé dans le symptôme de base de l'autre approche / auto-négligence dans le modèle révisé.</p> <p>Wegscheider-Cruse et Cruse (1990) ont conceptualisé les symptômes secondaires de la codépendance comme une faible estime de soi, des problèmes relationnels et des problèmes médicaux. Dans le modèle révisé, les symptômes secondaires qui sont ressortis de l'analyse factorielle étaient les suivants : faible auto-valeur, dissimulation de soi (répression et déni), problèmes médicaux et problèmes liés à la famille d'origine.</p> <p>Le symptôme central de la codépendance (Autre approche / Auto-négligence) suggère que le codépendant s'auto-néglige et se centre sur les autres ;</p> <p>Par conséquent, l'individu développe une foule de symptômes secondaires. L'individu souffre d'une faible estime de lui-même en raison du manque de formation de l'identité et des problèmes non résolus de la famille d'origine. Les problèmes de la famille d'origine contribuent à un comportement savant de répression et de déni de sentiments. L'accent de la personne sur la nécessité de prendre soin et de contrôler les autres entraîne la négligence de soi, ce qui peut éventuellement conduire à l'apparition d'une variété de problèmes médicaux.</p>

Forces et limites	<p>Les avantages majeurs de l'outil CODAT pour évaluer la codépendance sont : son exhaustivité et son ancrage dans le modèle théorique de Wegscheider-Cruse et Cruse (1990)</p> <p>Un avantage supplémentaire du CODAT est que sa validité de construction avec dépression a été établie (Hughes-Hammer, Martsolf, & Zeller, 1998). Par exemple, il existe un chevauchement important entre chaque dimension de la dépendance et la dépression.</p> <p>La dimension la moins puissante de la codépendance dans la prédiction indépendante de la dépression est Autre approches / Auto-Négligence.</p>
Conséquences et recommandations	L'utilisation du CODAT dans les recherches futures sur le thème de la codépendance est justifiée. Cet instrument permettra de mieux comprendre dans quelle mesure la codépendance est liée aux questions de pouvoir et de perte de soi.
Commentaires	L'outil CODAT est utile pour mettre en lumière les personnes souffrant de codépendance.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S., & Zeller, R. A. (1998). Development and testing of the codependency assessment tool. Archives of Psychiatric Nursing, 12(5), 264-272. https://doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80036-8				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?		x		Développement et test d'un outil
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			x	Le problème est évoqué. La méthode et les résultats sont partiellement évoqués. Ne parler pas de la discussion.
Introduction de	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			
Recension écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			La codépendance et sous concept
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		x		
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			x	Population provenant de divers environnements qui fournissent des soins de santé mentale
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			Ils expliquent l'outil
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			

Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			Expliquée phase par phase
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?		x		
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	x			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		x		
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Commentaires :					

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Flynn, B. (2010). Using systemic reflective practice to treat couples and families with alcohol problems: Using systemic reflective practice. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 17(7), 583-593. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01574.x
Introduction Problème de recherche	Explorer les implications et la façon dont la pratique réflexive systémique, avec les groupes familiaux, peut être étendue et utilisée de manière utile dans une dépendance plus large, divers paramètres de santé mentale et générale.
Recension des écrits	<p>Au Royaume-Uni, avant la modalité réfléchie systémique corrélacionnelle, les options de traitements disponibles pour les couples et proches d'une personne dépendante à l'alcool étaient fragmentées, hautement spécialisées et difficiles d'accès.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Une équipe multidisciplinaire a été mise en place et a mis en route une intervention systémique collaborative pour répondre au besoin de traitement dans un service national de traitement de dépendance à l'alcool chez l'adulte. ▣ Un examen du développement des interventions a eu un impact clinique encourageant sur le comportement et le fonctionnement des patients. ▣ Mise en place d'une approche se basant sur l'utilisation post-moderniste des équipes réflexives et de la pratique, ▣ Emploi de techniques réflexives systémiques. ▣ Comparaison des conclusions tirées de trois ensembles d'études d'évaluation d'activités d'intervention montrant des modalités non systémiques de thérapie familiale.

■ Résultats : taux d'engagement thérapeutiques ont un impact positif sur le consommateur et ses proches concernant la consommation problématique et le comportement associé ainsi que la fréquence des rechutes par le biais de l'intervention.

■ Contribution à l'efficacité des interventions examinant la dynamique curative et les facteurs.

Estimation : 920'000 enfants vivent dans un foyer avec un ou les deux parents consommant abusivement de l'alcool, 6.2% adultes ont grandi dans une famille avec un ou les deux parents consommaient, 9% des hommes et 6% des femmes consommaient de manière chronique et abusive de l'alcool.

Histoire : interventions de traitement de l'alcool principalement médicales et psychiatriques et basées sur les individus. Dans les premiers stades de traitement puis plus tard (réadaptation) on trouvait des interventions de groupe.

Paradoxe de traitement : répugnance en augmentation dans les centres de traitement de l'alcoolisme à agir en intervenant sur les familles. Attitude prévalant à long terme malgré l'utilisation d'approches systémiques d'interaction devenant plus présente.

Raison de la résistance dans la mise en oeuvre de services familiaux : modalité de traitement de couple ou famille trop intensive et mal utilisée car utilisation en intervention autonome, les proches sont des adjoints et non au centre des traitements.

Les centres, les fournisseurs de soins et les professionnels évoquent les proches comme des tiers significatifs ou des tiers. Attitude diminuant le rôle important et marginalisé des proches. Négligence de la famille vue comme la conséquence du manque d'orientation familiale dans la formation professionnelle et la pratique professionnelle. Existence d'un certain nombre de modèle datés et inutiles qui ont mis la famille en lumière négative.

Les interventions psychosociales axées sur la dépendance : reconnues dans la recherche, bien accueillies, manque de service pouvant fournir cette prestation.

Une évaluation des interventions basées sur les partenaires et la famille a été entreprise. Au Royaume-Uni, utilisation de la Social Behavior Network Therapy comme seule intervention pour aider les proches de dépendants. Tout comme la thérapie cognitivo-comportementale (méthode psycho-éducative) est peu utilisée et la Behavior Couple Therapy (élimination du renforcement des comportements addictifs, renforcement du comportement propice à la modification du comportement d'utilisation des substances addictives).

	Aux États-Unis, utilisation de la Community Reinforcement Approach (approches positives de renforcement du comportement avec les proches).
Cadre théorique ou conceptuel	Thérapies systémiques familiales
Hypothèses/question de recherche/buts	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Souligner les hypothèses de la situation actuelle et offrir un aperçu des prestations de service de traitement irrégulières en résultant. ▣ Explorer les implications de la façon dont la pratique réflexive systémique avec les groupes familiaux peut être étendue et utilisée de manière utile dans une dépendance plus large et divers paramètres de santé mentale et générale. ▣ Fournir une modalité de traitement en couple ou en famille. ▣ Aider les groupes familiaux à comprendre systématiquement la consommation excessive comme comportement choisi ainsi que la responsabilité de l'individu. ▣ Utiliser une thérapie systémique réflexive de couple ou famille pour faciliter la modification, l'adaptation ou l'introduction de nouvelles croyances, attitudes, comportements et communications dans l'interaction soutenant et maintenant le changement dans la consommation corrélacionnelle de l'alcool.
Méthodes Devis de recherche	Mixte
Population, échantillon et contexte	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Groupe familiaux : référencés à l'interne du service, la personne consommatrice aura reçu l'aide nécessaire pour limiter la consommation ou s'abstenir de consommer avant le début. <p>Taux de fréquentation familiale selon besoin clinique et progrès réalisés : Séances entre 2-4 semaines, durée de la thérapie de 2-6 mois, fréquence et durée des réunions décidées en commun.</p> <p>Configurations familiales partage croyances intimes, comportements et relations qui peuvent influencer le fonctionnement individuel et maintenir les problèmes → En travaillant dans ce contexte, il y a une réduction du comportement problématique, localisation des forces et ressources familiales au contraire des approches individuelles et collectives.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2005 : 24 familles

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2006 : 14 familles ○ 2007 : 14 familles ○ 2008: 16 familles <p>■ Equipe de thérapie familiale : 6 membres (thérapeute infirmier, psychothérapeute, agent de liaison scolaire, les trois autres personnes sont des professionnels de la santé)</p> <p>Apprentissage sur soi et sa relation avec les autres par réflexions comparatives dans un autre contexte permettant de faire des distinctions → partage d'idées, de points de vue, des histoires des membres de l'équipe avec les participants comme modèle de comparaison.</p> <p>Réflexion des membres peuvent être un contexte à la création d'une nouvelle réflexion et compréhension des participants.</p> <p>Espace collaboratif et égalitaire → pas de justification, défense, explication ou consignes permet l'émergence de nouvelles idées et un autre type d'apprentissage à l'écoute et à l'apprentissage par le dégoût.</p> <p>Participants n'agissent qu'aux conversations correspondant à leur niveau d'interaction et d'idées, les nouvelles informations proposées doivent être cohérentes et compréhensibles pour les membres de la famille.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>2005 : recherche</p> <p>2006 : évaluation</p> <p>2007/2008 : résultat du traitement</p> <p>Arrangement de surveillance réelle en direct avec exploration collective du contenu, processus et dynamique avant, pendant, et après les sessions.</p> <p>Thérapeutes rencontrent les participants, dans une autre salle ou on retrouve l'équipe réflexive qui observe l'entrevue → les observateurs sont invités à faire leurs commentaires sur invitation du thérapeute et des participants.</p> <p>Participants commentent les réflexions d'équipe.</p> <p>Réflexions et observations : aider les groupes familiaux à identifier la communication créant des problèmes, faciliter le discours dissous, présentation d'explications spéculatives sur le problème, explications</p>

	<p>d'alternatives.</p> <p>Exploration de scénarios prospectifs hypothétiques ou la construction des points de vue sur le problème.</p> <p>Encourager l'exploration des explications familiales pour imaginer le problème, commenter les manières de construire des solutions pour de nouvelles perspectives.</p> <p>Encadrement et connotation positive de ce qui est dit et fait pour stimuler une nouvelle pensée interactionnelle.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Couples adultes rejoignent la première session pour explorer les raisons de la recommandation et les traitements utilisés jusqu'à maintenant, parents, enfants et autres proches se joignent aux réunions futures, Couples et famille ne souhaitant pas la présence de l'équipe réflexive → arrangements alternatifs en lien avec les protocoles de service.</p> <p>Expression de sentiment de vulnérabilité ou de difficultés avec le processus de traitement, comportement nuisibles ou dangereux connexes en augmentation → réunions d'examen convoquées avec participants, travailleurs, autres professionnels impliqués dans la prise en soins → Suivi des protocoles cliniques → risques et préoccupations potentiels explorés en collaboration et décisions partagées concernant la continuité, report, conclusion d'une thérapie et si les soins individuels alternatifs doivent être fournis</p> <p>Personne consommatrice et proches souvent impliqués dans AA, AI-NON ou d'autres services du même type, avec une intervention unique par semaine (contraintes organisationnelles) et une grande diversité (âge, ethnie, culture, contexte et culture de genre).</p> <p>Participation et soutien familial étendus dans les domaines sociaux, domestiques et culturels créant une conséquence thérapeutique continue.</p> <p>Thérapie systémique utilisant des interventions thérapeutiques dont l'équipe et le processus réflexifs.</p> <p>Partage d'idées, points de vue, histoires des membres de l'équipe avec les participants comme modèle de comparaison → Réflexion des membres pouvant être un contexte pour la création d'une nouvelle réflexion et compréhension des participants.</p>
Considérations éthiques	<p>Les trois études ont été soumises aux comités locaux de recherche et d'éthique des services de santé appropriés.</p> <p>Approbation accordé en recommandant que l'information des résultats et l'anonymat des participants soient</p>

	<p>respectés.</p> <p>Consentement obtenu auprès des participants. Activités cliniques de l'équipe, observations, expériences des utilisateurs de la recherche et des services documentés depuis 2005.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement/Analyse des données</p>	<p>2005 : Questionnaires semi-structurés complétés par 24 groupes familiaux</p> <p>2006 : interview de 14 groupes familiaux avec utilisation des questionnaires après la deuxième réunion → structure en entonnoir.</p> <p>2007/2008 : mélange de questions ouvertes et fermées analysées. En 2007, 19 références ont été faites à l'équipe. 14 groupes familiaux ont rempli des questionnaires de résultats et en 2008, 21 ont été renvoyés et 16 ont été interrogés.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>2005 : Les résultats des questionnaires ont eu des retours entre très utile et utile, un résultat significativement positif pour tous les participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ La manière d'échanger aide à la compréhension des problèmes dans les systèmes relationnels et communicatifs. ▣ Compréhension différente et pluraliste de l'expérience du comportement, gestion des problèmes. ▣ Attitude prospective positive : changement vers une vision relationnelle collective et une croyance commune à la gestion du futur, apprentissage concernant les situations problématiques similaires, maintien d'une attitude de résolution de problème. <p>2006 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ 86% buveurs : changement significatif dans le comportement à l'alcool ▣ Réduction de la consommation d'alcool ou abstinence : auto déclaration ou achèvement du questionnaire sur la sévérité de la dépendance, corroborés par les proches. ▣ Participation de la famille au traitement améliore les résultats du traitement. ▣ 72% déclarent : travail interactif familial améliore la résolution, compréhension, communication lors de problèmes avec les autres. ▣ 67% : bénéfique et favorable d'avoir le partenaire abstinent présent aux réunions ▣ 86% commentaires positifs dans les entrevues et questionnaires sur le sentiment d'implication et

	<p>d'inclusion au sein du processus de traitement, l'importance des soignants pour être soutenu et participer aux soins.</p> <p>2007/2008 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ 73% des groupes sont revenus après la première séance (2007) et 76% (2008) : cohérent et significatif. ▣ Familles et couples : détresse, problèmes et contrariétés perçoivent la menace, le danger, problèmes liés à la relation à la famille et non liés à l'extérieur. ▣ Mise de l'accent sur un environnement de confiance, sans jugement, avec acceptation. ▣ Corrélacion entre les personnes signalant un changement positif face à l'alcool et dans les relations : principe systémique de la circularité : changement dans un élément ou partie du système avec pour résultat une modification d'une autre partie du système pour le maintien du fonctionnement dans une boucle de rétroaction positive. ▣ 25% (2007) de désengagement ou non-participation à la première séance et aux suivantes, 24% (2008). : réticences des membres non alcooliques à participer au processus d'aide ou peur d'être partiellement responsable du problème de consommation ? ▣ 5% en 2007 et 4% en 2008 ne signalent pas de modification de consommation. ▣ 5% en 2007 et 9% en 2008 ne signalent aucune modification dans les relations : manque de motivation, évaluation inexacte de la situation ? ▣ Nécessaire d'évaluer le stade de la préparation au changement et d'en adapter les interventions ou la réflexion. ▣ Avis différents concernant l'implication des proches dans le processus de traitement en famille : pas forcément de compréhension de causalité réciproque, considération de s'impliquer dans le processus de traitement comme inutile. ▣ Il faut apporter des modifications à la pratique, structure, protocoles cliniques pour faciliter l'engagement et améliorer les prestations de soins.
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Références à des groupes familiaux : défendus, récurrents, codépendants, dysfonctionnels → descriptions et discours pouvant devenir dominants, subjugués, élimination des personnes consultant les services, élévation des professionnels à un rôle autoritaire et dominant.</p>

Consommateurs ayant utilisé les services par le passé fonctionnent bien avec quelques rechutes minimales.
Engagement avec les groupes familiaux réduit les rechutes des comportements addictifs.
Intégration des techniques de réflexion interactives sur les programmes de prévention de la rechute.
Combiner la pratique systémique avec les techniques d'entretien motivationnels conventionnels et éprouvés.
Environnement collaboratif et égalitaire permet la création d'un environnement de pensée malléable ou dialogique : dynamique d'interaction réflexive impliquant l'entrée en interaction avec l'autre, les énoncés, expressions corporelles, mots, œuvres, diminution du rôle de l'expert, processus montrant des parallèles avec la pratique collaborative de dialogue ouvert.
Activités d'équipes aidant à trouver de nouvelles significations et descriptions avec une compréhension ou un déchiffrement par une méthode herméneutique (Théorie de l'interprétation des signes comme éléments symboliques d'une culture.) collaborative, processus utilisé est l'aller-retour d'exploration partagée et d'apprentissage décontextualisé.
Les avis des participants aux activités proposées par l'équipe sont constructifs et positifs.
Avec l'ajout d'un public à une entrevue, il y a un renforcement de l'identité propre du participant.
Utilisation d'équipe de pratique réflexive systémique non économique et besoin de trop de ressources en personnel.
Participation des membres de la famille surtout enfants et adolescents en thérapie aurait un impact sur la réduction des chances qu'ils rencontrent des problèmes de consommation et besoins de traitement en conséquence dans le futur.
Pas de hausse de coûts dans les soins de santé, institutions devraient commencer à proposer ce type de soins.
Grand nombre de consommateurs et leurs proches ne pouvant pas accéder à ce service → besoin insatisfait très important et une préoccupation sérieuse pour le futur.
Absence de toute recherche ou preuve clinique qui sous-tend la méthodologie d'une pratique réflexive systémique.
Enfin, l'utilisation de la pratique réfléchie systémique stimule étonnamment les nouvelles activités de réflexion post-modernes, narratives et cliniques dans le domaine clinique dominant dans les centres de

	traitement à l'échelle nationale.
Forces et limites	<p>Avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Avantages de la pratique réflexive : diminution des phrases auto-limitantes et péjoratives, descriptions nouvelles et libératrices du comportement, absence de jargon professionnel suggère que le processus peut se produire avec les familles participantes. ▣ Points intéressants : résultats favorisent la pratique réflexive émergente dans le traitement des addictions. ▣ Intervention soutient l'idée que les approches familiales sont importantes dans l'engagement du traitement, influence positive du traitement, aide à la gestion des comportements sans lien avec le comportement dépendant. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Méthodologie de collecte des données <ul style="list-style-type: none"> ○ Trois récoltes de données faites par un questionnaire préstructuré quantitatif avec comme but la récolte de données objectives et fiables sur l'efficacité de l'intervention. ○ Résultats subjectifs (auto-rapports) donc analyse plus difficile à quantifier. ▣ Les trois séries d'études d'évaluation et de résultats n'ont pas fait une référence adéquate aux groupes de contrôle ou aux comparaisons avec d'autres modalités cliniques individuelles ou collectives. ▣ L'amélioration de la consommation d'alcool peut s'être passée sans intervention réflexive ou grâce aux approches individuelles ou collectives.
Conséquences et recommandations	<p>Enquête naturaliste permettrait de développer une compréhension plus profonde d'expérience sociale, humaine et de l'interprétation de l'expérience du consommateur. Celle-ci est nécessaire car permettrait de combiner la recherche sur les résultats du traitement avec une étude qualitative.</p> <p>Perspectives des participants devrait être actives et incluses dans la recherche thérapeutique de manière routinière et rigoureuse.</p> <p>Etude pour comparer les résultats de la thérapie individuelle et collective avec étude du groupe témoin.</p> <p>Observer l'influence du genre, âge, ethnie et culture, manière dont ils interagissent dans les réflexions</p>

	<p>d'équipe.</p> <p>Développement d'un modèle de pratique réflexive pouvant donner confiance et encourager d'autres lieux de soins à mettre ce type d'approche en place.</p> <p>Utilisation dans d'autres contextes de soins de santé mentale chez les adultes où il y a des problèmes de comportements (addictions, schizophrénies, dépression, trouble bipolaire, violence domestiques).</p> <p>Utilisation non psychiatrique : maladies chroniques (démence, cancer, maladies coronariennes, AVC, douleurs).</p> <p>Recherches plus poussées dans le cadre du traitement, évaluation qualitative et évaluation coût-efficacité.</p>
Commentaires	Article intéressant nous donnant des pistes d'interventions claires.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Flynn, B. (2010). Using systemic reflective practice to treat couples and families with alcohol problems: Using systemic reflective practice. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 17(7), 583-593. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01574.x				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un	X			

	contexte ?				
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	il y a évocation des interventions et thérapies existantes mais pas de concepts ou théories à proprement parlé..
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	il s'agit de plusieurs études antérieures

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	idem donc peu de détails.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des	X			

	participants?				
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	C'est un article mixte donc on retrouve des pourcentages mais pas d'analyses statistiques.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte	X			

	des limites de l'étude ?				
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X		
Commentaires :	Bon article mais les différentes informations ne sont pas dans le bon ordre pour permettre une analyse en profondeur.				

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	du	Contenu de l'article
Références complètes		Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Benishek, L. A., & Harrington, V. M. (2005). The Significant Other Checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users. <i>Addictive Behaviors</i> , 30(1), 29-47. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.04.010
Introduction Problème de recherche	de	Depuis longtemps, une attention particulière a été portée au problème que les personnes dépendantes rencontrent. Plus récemment, une attention accrue a été accordée au membre de famille de personnes dépendantes, mais la majeure partie de l'attention a été sur les relations familiales mais a négligé les problèmes rencontrés par les membres de la famille de personnes dépendantes. Actuellement il n'existe pas d'outils multidimensionnels psychométriquement solides qui permettraient d'évaluer de manière systématique les problèmes économiques, comportementaux et psychologiques rencontrés par les membres de la famille de la personne dépendante.
Recension des écrits		<p>Les recherches antérieures menées sur l'abus de substance a mis en lumière les problèmes que les personnes dépendantes peuvent rencontrer. Ceux-ci peuvent être larges et dévastateurs, prenant en compte les aspects physiques, émotionnels, professionnels et sociaux de la vie de la personne qui consomme de manière complexe et interconnectée. En générale, on pense que les problèmes de dépendance ne se limitent pas à la personne qui consomme mais au contraire, qu'ils affectent aussi la société et les familles des personnes dépendantes.</p> <p>Les retombées sur la société de la dépendance ont été examinées en tenant compte des coûts qu'ils génèrent, y compris les services de soins et d'urgence, les prestations sociales, le coût de la criminalité et d'application de la loi, les accidents de la route, les pertes d'emploi et de productivité. Ces coûts ont été estimés à 85.8mia de dollars US pour l'abus d'alcool et de 58.3 mia de dollars pour l'abus de drogue.</p> <p>La majorité des recherches sur les familles de personnes dépendantes a été menées auprès des familles</p>

	<p>de personnes alcooliques. A la base, cette recherche tendait à se concentrer sur les relations familiales dysfonctionnelles comme source de difficulté des personnes souffrant de dépendance à l'alcool. Au final, les problèmes des membres de la famille sont plus souvent considérés comme étant les résultats d'une relation étroite avec le dépendant à l'alcool. Les résultats ont suggéré que les membres de la famille des personnes souffrant de dépendance à l'alcool, connaissent une diminution de l'ajustement psychologique et social, la détérioration de la relation avec la personne dépendante, la réduction de la cohésion familiale, plus de conflits interpersonnels et de stress, une augmentation de la prévalence de la maladie et une violence domestique accrue.</p> <p>Les recherches systématiques avec des membres de la famille ou personnes importantes pour le dépendant sont de plus en plus effectuées. Les problèmes que les proches de personnes dépendantes signalent sont des problèmes liés à la satisfaction des relations et de la violence interpersonnelle. De plus, il existe une relation étroite entre l'abstinence et la réduction de problèmes familiaux. Une étude portant sur l'ajustement social des femmes et de partenaires/conjoints de personnes abusants de drogues illicites a mis en lumière un ajustement social par le dépendant mais aussi par les membres de sa famille. De plus cette étude a suggéré que la réduction de l'adaptation sociale était liée au type de relation qu'entretenait le membre de la famille et la personne dépendante. Les partenaires/conjoints de personnes dépendantes ont montré un meilleur ajustement social dans le fonctionnement conjugal et financier par rapport aux parents de personnes dépendantes. Malgré des preuves considérables de dysfonctionnement psychosocial des membres de la famille des personnes dépendantes et de la probabilité d'un abus de substance qui entraîne des coûts économiques pour la société et la famille, peu de recherches ont documenté de manière systématique les types de problèmes que rencontre les familles de manière à pouvoir quantifier leurs problèmes psychosociaux et économiques. Les auteurs ont commencé le processus de développement de l'outil Significant other Survey (SOS) qui est une entrevue semi-structurée qui permettra de quantifier les problèmes rencontrés par les membre la famille de personnes dépendantes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Dépendance
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Étudier la fiabilité des sous-échelles initiales</p> <p>Evaluer les domaines qui posent problème aux membres de la famille des toxicomanes</p> <p>Être capable d'identifier les similitudes et les différences importantes des groupes parmi les membres de la famille des toxicomanes au niveau de la relation (parents-partenaire conjoint) et au point de vue des</p>

	arrangements de vie avec le toxicomane (vivre avec et vivre à part)
Méthodes Devis de recherche	Exploratoire.
Population, échantillon et contexte	<p>Recrutement par bouche à oreille ou par publicités pour des études de traitement offrant une aide aux personnes s'inquiétant pour des consommateurs de drogues.</p> <p>Rendez-vous d'admission pour remplir la liste de contrôle supplémentaire.</p> <p>Participants ayant reçus des soins de santé mentale.</p> <p>Les participants refusés pour l'étude de traitement ont été suivi dans la clinique ou dans d'autres services appropriés.</p> <p>29 participants dont 23 consommateurs de cocaïne consultant à la clinique de recherche sur le traitement, 6 participants consommateurs de drogues recrutés par les publicités et venant pour une intervention unilatérale pour eux-mêmes.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Développement de la liste de contrôle supplémentaire sur trois ans avec les membres de la famille des consommateurs de drogues.</p> <p>Documentation des domaines problématiques et utilisation de l'indice de gravité des dépendances (ASI) comme cadre pour les déterminer.</p> <p>ASI : interview clinique normalisée et validée pour évaluer la gravité du problème dans sept domaines de vie souvent influencés par l'alcool et la drogue : domaine médical, éducation et emploi, alcool, drogue, relations juridiques, relations familiales et sociales, psychiatres.</p> <p>Détermination de domaines parallèles de santé médicaux, difficultés financières, engagement légal et d'agence gouvernemental, problèmes relationnels, problèmes émotionnels. Zone familiale ou sociale comprend les problématiques liées à l'abus physique → séparé dans son propre domaine de contenu.</p> <p>Problèmes d'utilisation de substances → section désordre d'utilisation de substances psychoactives.</p> <p>43 sujets problématiques résultant des interviews ont été mis en intervention unilatérale chez 25 participants.</p>

	<p>Obtention d'informations sur les problèmes du consommateur en menant les interventions unilatérales.</p> <p>Eléments de la Significant Other Survey finale utilisés comprenant également des problèmes signalés en counseling.</p> <p>La Significant Other Survey comprenait 70 items, 53 recensés dans les 6 domaines identifiés : 11 items pour les problèmes relationnels, 7 pour les problèmes émotionnels, 12 pour les difficultés financières, 11 pour les problèmes de santé, 8 pour la participation à des organismes juridiques et à d'autres organismes gouvernementaux, 5 pour les abus physiques. Un septième domaine contenant 11 items parle des problèmes de style de vie.</p> <p>A la fin de chaque domaine s'ajoute une question générale concernant les autres problèmes du domaine en question pour être sûr de ne pas oublier d'éléments pertinents.</p> <p>Instructions : réponses données concernant la version à vie devaient représenter si les participants avaient déjà éprouvé la difficulté, et la version actuelle au sujet des 30 derniers jours.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Première réunion : évaluer les besoins de traitement, déterminer l'admission à participer à une des études de traitement, informer des options de traitement, aider à la prise de décisions pour l'option de traitement, données démographiques, compléter la liste de contrôle.</p> <p>Indemnisation de 20\$ US pour les personnes participant à la batterie d'admission d'une heure et trente minutes, 5\$US pour ceux qui ne participaient pas à l'étude de traitement.</p> <p>Entrevues faiblement structurées avec 29 participants, élaboration des Significant Other Survey de 4 à 9 problèmes communs inclus dans chaque domaine problématique. Question ouverte posée à la fin de chaque liste de contrôle → sollicitation d'autres problèmes non inclus dans les listes.</p> <p>43 items sélectionnés mis en intervention unilatérale chez 25 participants, avec réponses aux questions de la Significant Other Survey, puis une courte interview pour sonder les problèmes supplémentaires et clarifier les réponses enregistrées dans "autre catégorie".</p> <p>A la fin de chaque domaine s'ajoute une question générale concernant les autres problèmes du domaine en question pour être sûr de ne pas oublier d'éléments pertinents.</p> <p>Chaque item a été évalué par une échelle de Lickert de 4 points pour indiquer la fréquence du problème et combien de fois il a dérangé le participant. L'échelle de Lickert indique la fréquence d'occurrence de 1= rarement, 2=parfois, 3=souvent, 4=presque toujours. L'échelle de degré pour le nombre de fois ou le</p>

	problème a dérangé : 1=pas du tout, 2=un peu, 3=modérément, 4=beaucoup.
Considérations éthiques	Consentement éclairé des participants.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Technique de réduction des données :</p> <p>Les propriétés des éléments et des sous-échelles pour chaque version de la liste de contrôle ont été examinées.</p> <p>Identification des éléments potentiellement problématiques avec une variance nulle ou proche de zéro et des notes moyennes calculées pour les échelles Likert à quatre points afin d'identifier des problèmes spécifiques qui se sont produits rarement et qui ne sont pas gênants.</p> <p>Un élément dans la zone de santé avait une variance nulle (jamais approuvé) et a été éliminé. Aucun des éléments n'a répondu aux critères d'élimination rarement et n'a pas été gênant.</p> <p>Fiabilité de la Significant Other Survey:</p> <p>Fiabilité de cohérence interne calculée par les α de Cronbach pour les domaines problématiques afin de voir s'il y avait des éléments qui se regroupaient.</p> <p>Estimation de cohérence interne car l'échantillon de l'étude exploratoire était trop petit pour être étudié par une analyse en grappes ou des facteurs plus traditionnel.</p> <p>Niveau minimum α choisi était de 0.60 pour la nature exploratoire de l'étude.</p> <p>Prévalence et pertinence des problèmes ciblés par la Significant Other Survey:</p> <p>Examen des réponses par rapport aux éléments de chaque catégorie, avec détermination du pourcentage de participant présentant au moins un problème dans la catégorie et le nombre moyen de problèmes signalés dans cette catégorie.</p> <p>Les différences des groupes entre l'état de la relation et l'état de l'arrangement de vie sur la prévalence du problème :</p> <p>Utilisation d'une analyse de variance multivariée (MANOVA).</p>

Présentation des résultats	<p>Données démographiques :</p> <p>Analyse des caractéristiques des personnes ayant reçu le Significant Other Survey basée sur la vie complète et celle sur les trente derniers jours par χ^2 (variables catégoriques) et t-test (variables continues). Comparaison caractéristique des parents vs partenaires ou conjoint vivant ou non actuellement avec la personne dépendante.</p> <p>Pourcentage plus élevé dans l'échantillon à vie par rapport à l'échantillon sur les trente derniers jours (vécu actuel avec la personne dépendante).</p> <p>Majorité des participants étant parents ou partenaires/conjoints (85% long, 79% sur les trente derniers jours).</p> <p>Caractéristiques significativement différentes entre les parents et partenaires/conjoints à long terme : âge et race du participant, âge et race du consommateur, emploi, statut civil. Participants : parents plus âgés et de couleur blanche par rapport aux partenaires. Les utilisateurs : plus jeune et plus susceptible d'être de couleur blanche, moins d'emploi à plein temps et plus susceptible d'être au chômage, plus susceptibles d'être célibataire par rapport aux consommateurs mariés ou avec un partenaire.</p> <p>Caractéristiques pour l'échantillon à court terme, parents et partenaires/conjoints différents sur sept caractéristiques : âge/race/ statut civil du participant, âge/sexe/race/statut civil du consommateur. Participants dont les parents étaient plus susceptibles d'être plus âgés et blancs, les partenaire/conjoints plus susceptibles d'être mariés ou en concubinages. Consommateurs alcool dont les parents étaient plus susceptibles d'être des femmes blanches en famille monoparentale, plus âgés et plus souvent mariés.</p> <p>Comparaison des caractéristiques des participants vivant ou non à long terme avec un consommateur : le genre de l'utilisateur de substance, plus d'hommes consommateurs vivants avec le participant.</p> <p>Comparaison des caractéristiques des participants vivant ou non avec un consommateur sur les 30 derniers jours : deux variables différaient, participants vivant avec consommateur dépendant plus souvent de couleur et de vivre en étant marié ou en concubinage par rapport à ceux ne vivant pas avec la personne dépendante.</p> <p>Fiabilité de la Significant Other Survey:</p> <p>Estimation du coefficient α variaient de .59 (émotif, relation) à .77 (financier, mode de vie) pour l'échantillon à long terme, de .65 (santé) à .72 (financier) pour l'échantillon sur les trente derniers jours.</p>
----------------------------	---

	<p>Estimation du coefficient moyen α de .69 et .64 pour les échantillons à long terme et les trente derniers jours.</p> <p>Estimation du coefficient α associée à l'échelle légale pour la version actuelle de l'instrument sensiblement inférieure à la valeur de critère .60 ($\alpha=.53$).</p> <p>Prévalence et pertinence des problèmes ciblés par la Significant Other Survey:</p> <p>Tous les participants de l'étude à long terme : au moins une relation, problème émotif, financier et de santé et presque tous (96%) au moins un problème dans le style de vie.</p> <p>Problèmes juridique (60%) et abus physiques (57%) moins répandus mais au moins un problème dans ces domaines.</p> <p>Moyenne de 4-7 problèmes de vie dans : relation, émotionnel, finance, santé, mode de vie. 2 problèmes dans : abus physique et problèmes juridiques. Moyenne du nombre total de problème de 32.</p> <p>Tous les participant de l'échantillon pour les 30 derniers jours : au moins une relation et un problème émotif, presque tous au moins un problème financier (95%), de santé (96%) et de mode de vie (89%).</p> <p>Comme précédemment les problèmes juridiques (53%) et abus physiques (51%) sont moins répandus.</p> <p>Moyenne de 3-6 problèmes : relation, émotionnel, finance, santé et mode de vie. 2 problèmes : abus physiques et problèmes juridiques. Moyenne du nombre total de problème de 24.</p> <p>Moyenne de l'échelle de Lickert et cotes médianes de la fréquence à laquelle les problèmes se sont produits et le désagrément occasionné.</p> <p>Du plus fréquent au moins fréquent pour l'échantillon à long terme : problèmes émotionnels, style de vie, relation, finance, santé, juridique, abus physique.</p> <p>Les résultats pour l'échantillon des trente derniers jours sont semblables mais légèrement plus faibles pour les problèmes de santé et juridiques.</p> <p>Tous les problèmes des deux échantillons ont une note moyenne d'au moins modérément gênant et la réponse moyenne était pour tous modérément à très gênant.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Dans l'ensemble, les valeurs du coefficient alpha de Cronbach sont raisonnables car associées à la première phase du processus de développement de l'outils.</p> <p>L'examen des éléments et des zones problématiques évalués par la Significant Other Survey a suggéré</p>

	<p>qu'ils étaient pertinents et des problématiques importantes dans notre échantillon clinique. En ce qui concerne la version à vie de la liste de contrôle, plus de 95% de l'échantillon ont signalé au moins une difficulté dans les domaines de la relation, de l'émotionnel, de la finance, de la santé et du mode de vie.</p> <p>Ce schéma de résultats était comparable pour les personnes qui ont complété la version actuelle de la Significant Other Survey.</p> <p>Etonnamment, les participants ont signalé des niveaux plus bas de difficultés juridiques et de problèmes de violence dans leurs relations avec la personne consommatrice par rapport aux autres problèmes. Il est possible que l'éventail des éléments parlant de la violence physique et au niveau légal ou de la stigmatisation sociale soit restreint donc difficile à évaluer avec précision entraînant la baisse des valeurs.</p> <p>Il est courant que les personnes aient de la peine à percevoir la présence de violence dans leur relation.</p> <p>L'échantillon à long terme démontre une interaction significative concernant les relations et conditions de vie, traitant de la prévalence des problèmes juridiques et financiers. Donc les parents signalent plus de problèmes que les partenaires et conjoints lorsqu'ils ne vivent pas ensemble.</p> <p>Les partenaires/conjoints vivant avec le consommateur de substance signalent plus de problèmes financiers que ceux ne vivant pas avec. Donc la situation se stabilise, lorsque les deux partenaires vivent séparément. Contrairement aux parents qui subviennent aux besoins financiers de leur enfants même lorsqu'ils n'habitent plus le domicile familial.</p> <p>L'échantillon sur les 30 derniers jours : les partenaires/conjoints du consommateur signalent le double de difficultés financières par rapport aux parents quel que soit le mode de vie.</p> <p>Ces différences de résultats entre les deux groupes peuvent être attribuées à la petite taille de l'échantillon.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <p>La taille de l'échantillon est trop restreinte-->plus grande aurait permis d'inclure les variables de contrôle.</p> <p>Biais d'échantillonnage car ce sont des personnes volontaires à venir demander conseil.</p> <p>Les problèmes signalés portaient sur le signalement par les membres de la famille et non pas la personne dépendante.</p> <p>Les participants vivaient dans une grande ville urbaine et avaient des origines raciales et ethniques limitées.</p> <p>Il faut revoir les éléments, les reformater et faire une analyse statistique supplémentaire des éléments pour</p>

	<p>améliorer les propriétés psychométriques de la mesure émergente.</p> <p>Examen de la validité de la prochaine génération de l'outil : commencement dès que les estimations de fiabilité ont atteint un niveau de critère plus rigoureux.</p> <p>Forces :</p> <p>Aucune mesure multidimensionnelle psychométriques des problèmes spécifiques n'existe actuellement. Etude tente de remédier à cette lacune.</p> <p>Les propriétés psychométriques issues de la première étape du développement de l'outils sont prometteuses.</p> <p>La mesure résultante peut être utile à une gamme de professionnels intéressés par les dépendances.</p>
Conséquences et recommandations	La prochaine génération de Significant Other Survey devrait abordés un certain nombre de problèmes pour améliorer les données psychométriques.
Commentaires	La mesure résultante peut être utile à une gamme de professionnels intéressés par les dépendances.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Benishek, L. A., & Harrington, V. M. (2005). The Significant Other Checklist: Measuring the problems experienced by family members of drug users. <i>Addictive Behaviors</i> , 30(1), 29-47. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.04.010				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			
Introduction de Problème recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			
Recension des	Fournit-elle une synthèse de l'état des	x			

écrits	connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?				
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		x		
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			x	Elle est décrite dans plusieurs endroits différents de l'article mais reste peu clair si on ne fait pas de déductions.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		x		
Méthode de collecte des données et	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits	x			

instruments de mesure	clairement ?				
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	x			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à-en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			x	

	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Commentaires :	Article très pertinent pour notre BT.				

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., ... Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative : a randomized trial. <i>Addiction</i> , 104(1), 49-58. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02417.x
Introduction Problème de recherche	Le problème de drogue et d'alcool et leurs impacts sur les membres de la famille
Recension des écrits	<p>Les problèmes de consommation de substance sont rependus et associés à des problèmes sociaux et de santé significatifs. Les membres proches de personnes addicts souffrent de symptômes physiques et psychologiques liés au stress (risque d'être sévères et durables) associés à une utilisation élevée des systèmes de soin primaire représentant une charge sur les ressources de soin de santé. Les types de stress expérimentés sont bien documentés et comprennent : problèmes financiers, conflits interpersonnels et familiaux, risques pour les enfants et violence domestique. La réponse aux problèmes de consommation de substances est axée sur les utilisateurs, il y a un soutien limité pour la famille qui sont peu intégrées dans le traitement. L'ignorance du potentiel de la famille a influencé le cours du problème, les proches ont leurs propres besoins liés aux symptômes du stress sévère de la situation. Intérêt accru dans les approches de traitement impliquant la famille reflétée par le nombre d'études publiées dans ce domaine. Une revue récente propose 3 types d'interventions impliquant la famille touchée par la consommation d'un parent.</p> <p>Ceux qui visent à atteindre l'engagement de l'utilisateur de la substance en travaillant avec les membres de la famille touchés</p>

	<p>Ceux qui impliquent conjointement les utilisateurs et les membres de leur famille</p> <p>Les interventions qui mettent l'accent sur les besoins des membres de la famille affectés à part entière ou des interventions pour les partenaires des consommateurs</p> <p>Les interventions axées sur les besoins des membres de la famille sont moins fréquentes. De brèves interventions psychosociales peuvent être efficaces pour réduire les symptômes psychologiques et physiques liés au stress et les coûts associés au service de santé et de bien-être.</p> <p>Le modèle de dépendance « contrainte-déformation-soutien » de la dépendance considère la famille comme des personnes gravement stressées et préoccupées par la consommation de substances, font face à des dilemmes difficiles sur la façon de faire face. Ils ont peu de conseil ou de soutien et risque de montrer des signes de tension (maladie physique ou mentale). Celui-ci rejette l'idée que les familles ou leurs membres sont pathologiques ou dysfonctionnelles.</p> <p>Considération importante pour fournir de l'aide : réglage du service dans lequel cela se fait. Les établissements de soins primaires offrent l'opportunité d'atteindre, d'engager et d'aider les familles en nombre important.</p> <p>Etude de faisabilité initiale : développement d'une brève intervention psychosociale pour réduire les symptômes liés au stress et améliorer l'adaptation chez les membres de la famille touchés par les problèmes d'addiction. Il y a 37 test de l'intervention qui ont été dispense, les résultats pour les familles montrent une diminution significative des symptômes psychologiques et physiques du stress (suivi de base à suivi de fin d'intervention et des changement significatifs dans l'adaptation comportementale avec la famille, redusisant certaines des façons les moins utiles de faire face.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le modèle de dépendance contrainte-déformation-soutien de la dépendance et de la famille.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>L'objectif principal de l'intervention utilisée dans cette étude : soutenir et aider le membre de la famille et peut-être transférée aux autres membres de la famille touchés par la consommation de substance même quand l'utilisateur ne demande pas d'aide.</p> <p>Cette étude visait à tirer parti des travaux antérieurs, à évaluer l'effet de cette intervention dans une étude plus vaste avec une conception expérimentale aléatoire y compris une intervention de comparaison plus brève. Sur la base de leur travail de faisabilité précédant ils se sont efforcer d'étudier si l'intervention en 5 étapes serait plus efficace qu'une forme plus brève de la même intervention avec un contact minimal.</p>

Méthodes Devis de recherche	Essai comparatif randomisée combiné prospectif de 2 niveaux d'intensité d'une intervention.
Population, échantillon et contexte	<p>Les professionnels de la santé primaire pour demander des manifestations d'intérêt ont été contacté et reçu des détails supplémentaires</p> <p>Inclusion :</p> <p>Les membres de la famille de personne aillant des problèmes de consommation de substance, ont été inclus s'ils estimaient que la consommation de substance d'un parent avait été une source majeure de détresse au cours des 6 derniers mois.</p> <p>Le parent avec un parent ayant un problème de consommation avait consommé de manière problématique au cours des 6 derniers mois.</p> <p>Le parent avec le problème de substance et le membre de la famille vivait sous le même toit au cours des 6 derniers mois ou avait eu un contact en face à face au moins 3x par semaine.</p> <p>Exclusion</p> <p>Participant ont souffert de problème de consommation de substance eux-mêmes</p> <p>Et/ou</p> <p>Avait des problèmes de santé mentale grave</p> <p>Pour minimiser l'impact supplémentaire et la confusion des facteurs si dessus sur l'expérience du membre de la famille</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Formulaire de recrutement</p> <p>Séances comprenant des interventions brèves et complètes.</p> <p>2 questionnaires</p> <p>Mesure de base : variables démographiques, questionnaire validé pour évaluer l'équivalence des 2 bras d'essai, questionnaire validé (impact des membres de la famille)</p>

	<p>Entrevues qualitatives</p> <p>Entretiens semi-structurés avec prise de notes de conversation</p> <p>Formulaire de post session</p> <p>Entretien téléphonies 12 semaines après recrutement</p> <p>Entretien en fin d'étude (12 mois après le début)</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les personnes ont été recrutées grâce à un formulaire de recrutement</p> <p>Les données ont été récoltées à l'aide de séances comprenant des interventions brèves et complètes pour identifier les sources de stress, fournir des informations importantes sur les substances, explorer les comportements d'adaptation et améliorer le soutien social disponible.</p> <p>Il y a eu 2 questionnaires utilisés lors des mesures des résultats primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test d'évaluation des symptômes : test facile et bref, 30 symptômes (mesure de la santé physique et psychologique) évalués de 0 à 2 au cours des 3 derniers mois • Questionnaire de copiage : mesure 30 actions d'adaptation de la famille sur les 3 derniers mois, 4 options de réponse de 0 à 3. <p>Mesure de base : variables démographiques, questionnaires validés pour évaluer l'équivalence des 2 bras d'essai, questionnaire validé (impact des membres de la famille)</p> <p>Entrevues qualitatives</p> <p>Entretiens semi-structurés avec prise de notes de conversation</p> <p>Formulaire de post session</p> <p>Entretien téléphoniques 12 semaines après recrutement</p> <p>Entretien en fin d'étude (12 mois après le début)</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le comité multiethnique d'éthique et de ratification locale a été obtenue auprès de tous les comités locaux d'éthique de recherche pertinents.</p>

Résultats Traitement/Analyse des données	Utilisation d'un modèle de régression multiple à effet aléatoire avec une valeur de référence et des variables stratifiées incluses comme co-variables Les modèles ont été estimés avec Stata xtreg Plus de 25% des données manquaient Les données de base manquaient plus que les données de suivis L'analyse de variance a été utilisée pour calculer la corrélation intracluster des variables de résultat avec Stata loneway
Présentation des résultats	Les professionnels ont été randomiser par pratique (ceux décevant les zones urbaines ou desservant les zones rurales) Au début de l'étude pour les professionnels : 304 participants puis ils ont en gardé 197 dont 99 pour l'intervention longue et 98 pour l'intervention brève. Ils ont en enlevé 17 à l'intervention long et 6 à la courte. Au final il y avait 78 médecin pour la longue et 91 pour la courte. Au début de l'étude, les membres de la famille : ont été recrutés par les médecins dont 51 pour l'intervention longue mais seulement 45 sont arrivés au bout de l'étude. Pour la courte, ils étaient 92 et seulement 84 sont arrivés au bout de l'étude. Il y a eu des différences entre les deux groupes randomisés : le contact. 74% membres de la famille de l'intervention longue ont vu les professionnels 3 fois ou plus, 80% membres de la famille de l'intervention brève ont vu les professionnels seulement une fois. Nombre médian pour l'intervention longue 4 et brève 1. Dans les deux processus, 94% des membres de la famille ont utilisé le manuel d'auto-assistance, 90% lors de l'intervention complète et 96% lors de la brève. Niveau médian du nombre d'heures d'utilisation du manuel est de 3h pour l'intervention brève (30 minutes à 40h), 2h pour l'intervention longue (30 minutes à 30h). Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre les deux groupes. Il y a eu deux autres analyses utilisant des t-test d'échantillon appariés qui ont été effectuées afin d'explorer d'autres changements dans l'échantillon complet.
Discussion Interprétation des	L'intervention brève est associée à des changements similaires dans les principales mesures des résultats : les symptômes des membres de la famille et les comportements d'adaptations par rapport à l'intervention

résultats	<p>complète.</p> <p>Changements identiques aux résultats de l'étude de faisabilité, réductions significatives des symptômes et des stratégies de coping et d'adaptation.</p> <p>Les professionnels formés ont pu dispenser l'intervention aux membres de la famille.</p> <p>Dans les soins primaires, l'intervention brève devrait être mise en place, car la forme longue est deux fois plus coûteuse.</p> <p>Les résultats qualitatifs ont été présentés dans une autre étude. Les membres de la famille et les professionnels ont préféré un contact face-à-face plus intensif que celui prévu dans les interventions brèves.</p> <p>Différences des coûts entre les médecins et les infirmières : pas de différence dans les résultats. Donc les infirmières devraient être favorisées.</p> <p>Important de pouvoir répondre aux besoins de la famille en particulier lorsqu'une intervention brève peut être faite.</p> <p>Il est plus facile de recruter davantage de membres de la famille lors des interventions brèves et de prendre en charge plus de personnes.</p> <p>La pression du temps et la difficulté à donner au projet la priorité qu'il aurait mérité a été une des raisons de l'incapacité de recrutement.</p> <p>Les infirmières et les médecins ont eu de la difficulté à accorder du temps à l'intervention complète.</p> <p>Les professionnels exprimaient facilement les recrutements mais pas systématiquement les recrutements refusés, il n'y a donc pas de données fiables sur le nombre de refus.</p> <p>Les réductions moyennes de l'adaptation et des symptômes ont été statistiquement significatifs mais cliniquement non significatifs.</p> <p>Les membres de la famille vivaient avec le problème pendant environ 8,8ans et avaient rarement cherché ou reçu de l'aide avant cette étude.</p> <p>Les professionnels ont choisi de faire partie de l'étude, ce qui influence leur attitude et le type de travail fourni pendant l'étude.</p> <p>Il n'y a pas eu de randomisation pour les groupes de patients.</p> <p>L'absence de différence entre les deux groupes augmente la confiance dans la compatibilité des</p>
-----------	---

	<p>échantillons des deux bras d'essai.</p> <p>Le groupe d'intervention complet a diminué de 5 personnes en dessous de ce qui était prévu, il y a potentiellement eu un effet positif qui n'a peut-être pas été détecté par la taille de l'échantillon actuel.</p>
Forces et limites	<p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Randomisation menée au niveau de la pratique. ▣ Certain nombre d'obstacles à la mise en œuvre dans les soins primaires était évident. ▣ Fidélité au traitement : indication du processus à partir des mesures rapportées (nombres de séances, utilisation manuel), méthodologie plus robuste aurait pu inclure une vérification aléatoire des notes ou analyses plus détaillées des séances de traitement. <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Intervention brève et théorique axée sur les besoins des membres de la famille a été développée et testée. ▣ Travail pragmatique et conduit dans la prestation de service de routine. ▣ Deux groupes montrant des changements positifs.
Conséquences et recommandations	<p>Prochaine étude : clarifier le niveau optimal d'interventions nécessaires.</p> <p>Il est possible mais difficile de recruter des professionnels de la santé primaire pour apporter de brèves interventions aux membres de la famille touchés par des problèmes de dépendance.</p> <p>Les deux interventions ont amené des changements importants dans les symptômes du stress et des comportements d'adaptation mais sans différence entre les deux groupes d'étude.</p>
Commentaires	<p>Cette étude prouve que l'utilisation d'interventions brèves ou complètes est statistiquement significative sur l'amélioration physique et psychique des membres de la famille et constitue donc une base pour notre TB.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., ... Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. <i>Addiction</i> , 104(1), 49-58. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02417.x				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un	x			

	contexte ?				
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			
	L'échantillon est-il décrit de façon	x			

	détaillée ?				
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	x			
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	x			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque	x			

	hypothèse ?				
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	x			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
Conséquences et	-Les chercheurs	x			

recommandations	traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?				
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Commentaires :					

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Caddy, L., Crawford, F., & Page, A. C. (2012). 'Painting a path to wellness': correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome: Painting a path to wellness. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 19(4), 327-333. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01785.x
Introduction Problème de recherche	Manque de mesures prouvant une relation positive entre la participation à des groupes créatifs et artisanaux et l'amélioration de la santé psychique.
Recension des écrits	<p>Début 19eme siècle :</p> <p>Activité créative a démontré que c'est une méthode thérapeutique précieuse pour travailler avec des individus ayant des problèmes psychiques.</p> <p>Ces méthodes peuvent être utilisées par les professionnels de la santé mentale (conseiller, ergothérapeute, artisans, travailleurs sociaux, psychologues, infirmières en santé mentale).</p> <p>Une grande partie des recherches démontre des changements positifs et des avantages pour les personnes atteintes dans leur santé mentale.</p> <p>Des améliorations au niveau de l'estime de soi, l'amour propre, l'auto-efficacité sont évoqués par les participants, en plus du sentiment accru de satisfaction, d'autonomisation, de réussite et de confiance contribuant à la motivation intrinsèque.</p> <p>La participation aux activités créatives sont décrites comme une distraction et une stratégie pour soulager l'inquiétude, les ruminations et les pensées négatives.</p>

Les personnes atteintes dans leur psychisme ont besoin de faire un effort de concentration intense pour la créativité et ont un sens du temps altéré ce qui les absorbe pendant les activités. Le processus de création est une expérience fluide.

Le fait de faire une activité créatrice entraîne une interaction complexe des processus mentaux et corporels stimulant la croissance de nouveaux réseaux neuronaux dans le cortex cérébral. Les deux hémisphères cérébraux sont activés simultanément pendant ce processus. De plus, l'utilisation de l'imagination fait travailler l'hémisphère droit et peut contourner les schémas de pensées rigides. Lorsque l'activité est très prenante pour la personne, la partie de la conscience de soi du cerveau s'éteint.

L'art fournit un moyen sûr, non verbal et acceptable de faire face aux émotions difficiles, il fournit un moyen de structure du temps et facilitant du but et de la direction qui souffrent des symptômes négatifs des maladies psychiques.

La partie positive de la création constitue une opportunité non menaçante pour entrer en relation avec les autres.

La majorité des études sur ce sujet étaient à petites échelles, qualitatives et communautaires, tandis que les recherches quantitatives sont insuffisantes et que les essais plus empiriques possèdent des faiblesses dans leur méthode.

Pour les cliniciens qui travaillent dans le domaine de l'activité créative et de la santé mentale, il peut sembler « grossier (et le positivisme devenu fâché) » pour démontrer l'utilisation thérapeutique de l'activité créative avec des cliniques quantitatives.

Peu de possibilité d'engager les patients dans les activités artistiques en hôpital.

Dans l'hôpital où se déroule cette étude, les infirmières pratiquent les activités créatives depuis plus de 15 ans dans le but de faciliter le traitement par ce biais. L'étude a duré 5 ans et a été animée par une infirmière en santé mentale ayant suivi une formation en counselling et thérapie artistique.

Le personnel infirmier participant à la co-animation du groupe ont suivi une formation et ont été supervisés.

Le groupe d'activité créative fait partie intégrante du programme thérapeutique hospitalier et fréquemment suivi par environ 16 patients/jour. Les patients sont intégrés par un plan de traitement individualisé.

Pour avoir un but, une valeur et un sens pour l'individu, elle doit démontrer un bénéfice thérapeutique, d'où découlent une large gamme de projets créatifs (peinture, perles, couture, travail de l'argile...).

Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre théorique mentionné.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but est de faire une recherche plus empirique dans le domaine de l'activité créative et de la santé mentale.
Méthodes Devis de recherche	Etude quantitative corrélacionnelle.
Population, échantillon et contexte	<p>La population est constituée de patients admis à l'hôpital pendant 3 jours ou plus entre 2004 et 2009 et ayant effectué au moins six sessions de thérapie créative soit au minimum 9h de thérapie.</p> <p>L'échantillon était constitué de 403 patients.</p> <p>82.4% femmes, 17.6% hommes, moyenne d'âge de 47.9 ans.</p> <p>Admission en hôpital diagnostiqué à l'aide de la CID-10-AM (modification australienne).</p> <p>Diagnostiques prioritaires :</p> <p>Troubles de l'humeur (affectif) 64.8% dont 79% de troubles dépressifs et 21% de troubles bipolaires ou troubles de l'humeur non spécifiés.</p> <p>14.1% diagnostic de schizophrénie, 12.4% de troubles névrotiques ou anxieux, groupes plus petits constitués de troubles de la toxicomanie, troubles organiques, troubles de la personnalité et du comportement.</p> <p>Patients hommes :</p> <p>Principalement diagnostiqués pour schizophrénie, toxicomanie, troubles organiques.</p> <p>Patients femmes :</p> <p>Troubles affectifs ou anxieux.</p> <p>Presque tous ont reçu un traitement pharmacologique, 18.1% recevait la thérapie par électro-convulsivité.</p> <p>Durée moyenne de séjour de 19.32 jours avec un écart-type de 12.76 jours.</p> <p>Participants à la thérapie créative plus susceptibles d'être réadmis à l'hôpital que les autres, susceptibles d'avoir déjà eu un accès antérieur à l'hôpital.</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les chercheurs n'ont pas participé à la collecte de données permettant ainsi l'impartialité lors du recueil.</p> <p>Utilisation de 4 mesures psychométriques standards :</p> <p>The Depression and Anxiety Stress Scale (DASS-21): Auto-évaluation comprenant trois échelles (dépression, anxiété, stress) et dont un score élevé démontre une maladie grave.</p> <p>The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) : Auto-évaluation servant à évaluer le niveau de plaisir et de satisfaction dans 14 domaines de la vie quotidienne.</p> <p>The Medical Outcomes Short Form Questionnaire(SF-14) : Auto-évaluation de 4 échelles (détresse en santé mentale, vitalité, fonctionnement dans les rôles et fonctionnement social) servant à mesurer l'expérience de la maladie chez un individu.</p> <p>Utilisation uniquement des sous-échelles de la détresse en santé mentale et vitalité.</p> <p>The Health of the Nation Outcome Scale(HoNOS): Hétéro-évaluation du soignant sur 12 domaines sur les deux semaines précédentes l'hospitalisation et les trois jours la suivant.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Utilisation de 4 mesures psychométriques standards :</p> <p>The Depression and Anxiety Stress Scale (DASS-21): Auto-évaluation comprenant trois échelles (dépression, anxiété, stress) et dont un score élevé démontre une maladie grave.</p> <p>The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) : Auto-évaluation servant à évaluer le niveau de plaisir et de satisfaction dans 14 domaines de la vie quotidienne.</p> <p>The Medical Outcomes Short Form Questionnaire(SF-14) : Auto-évaluation de 4 échelles (détresse en santé mentale, vitalité, fonctionnement dans les rôles et fonctionnement social) servant à mesurer l'expérience de la maladie chez un individu.</p> <p>Utilisation uniquement des sous-échelles de la détresse en santé mentale et vitalité.</p>

	<p>The Health of the Nation Outcome Scale(HoNOS):</p> <p>Hétéro-évaluation du soignant sur 12 domaines sur les deux semaines précédent l'hospitalisation et les trois jours la suivant.</p>
Considérations éthiques	<p>Etude conforme au principe de la déclaration national sur la conduite éthique dans la recherche humaine.</p> <p>L'approbation de l'éthique a été accordée par le comité d'éthique de l'université de Curtin et l'hôpital participant.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Données concernant les patients fourni par l'hôpital sous forme d'une feuille Excel. Elle a été introduite dans le programme Analyses prédictives Software.</p> <p>Les données ont été soigneusement examinées pour fournir un échantillon rigoureux de participant pour analyse.</p> <p>Chaque dossier a été vérifié par deux chercheurs et les patients chez qui il manquait des données ont été exclus de l'étude.</p> <p>Corrélations entre les résultats de santé mentale de la population de l'échantillon et la participation au groupe d'activité créative, en utilisant des statistiques descriptives et inférentielles, T-Test jumelé lors de l'admission et de la sortie.</p>
Présentation des résultats	<p>L'échantillon du groupe de thérapie créative a eu des améliorations dans toutes les mesures du moment de l'admission à celui de la sortie avec des tailles d'effets modérées ou fortes.</p> <p>Plus grandes améliorations dans la grille HoNOS prouvant des progrès dans les résultats en santé mentale.</p> <p>Améliorations statistiquement significatives pour la grille DASS-21 par rapport à l'admission lors de la sortie.</p> <p>Améliorations importantes pour la grille Q-LES-Q de l'admission à la sortie.</p> <p>Sous-échelle de santé mentale SF-14: amélioration importantes.</p> <p>Vitalité dans la SF-14 : changement modéré.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Améliorations statistiquement significatives pour les participants au groupe à la thérapie créative.</p> <p>Réductions des symptômes et signes cliniques pré et post-traitement.</p> <p>Degré de changement important et statistiquement significatif ainsi qu'une amélioration des mesures psychométriques.</p>

	<p>Durée de séjour plus longue et plus grand risque de réadmission dû à la gravité des cas. Impossible de diminuer la durée du séjour en ayant des résultats améliorés. Longues hospitalisations n'avaient pas obligatoirement de meilleurs résultats que ceux sortis plus vite de l'hôpital. Les personnes ayant déjà été hospitalisées par le passé sont des patients plus chroniques. Traiter la prévention des rechutes était une thématique importante du groupe d'activités créatives. Les résultats ne sont qu'une partie de la boîte à outils de la prise de décision clinique.</p>
Forces et limites	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Echelles psychométriques valides et fiables. ▣ Réponse aux changements ▣ Utilisables en établissement psychiatrique pour les patients hospitalisés. ▣ Utilisables dans des recherches sur les résultats de santé mentale. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Nature non expérimentale de la recherche ▣ Limite le fait de tirer des conclusions solides concernant les causes. ▣ Nombreuses variables complexes survenant lors de l'admission d'un patient en hôpital : ▣ Soins infirmiers concomitants ▣ Plusieurs psychiatres ▣ Différents plans de soins ▣ Différences dans les traitements médicamenteux. ▣ Variables dépendantes : ▣ Scores de patients dans les échelles psychométriques. ▣ Différentes propriétés psychométriques ▣ Les patients ont des bénéfices non pris en compte par les échelles.

	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Les échelles psychométriques spécifiques ne sont pas basées sur les arts. ▣ La participation à la thérapie créative n'est pas forcément significative ou bénéfique pour tous les patients. ▣ Participation à l'activité ne doit pas être prédéterminée. ▣ La participation à la thérapie devrait être le reflet des besoins et préférences individuelles de chaque patient.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Proposition de faire un essai contrôlé randomisé.</p> <p>Comparaison des résultats entre les sous-groupes de patients.</p> <p>Par exemple, genre ou différents diagnostics, ECT et participant à la thérapie créative et groupes de paroles.</p> <p>Faire une recherche qualitative sur cette étude pour que les participants puissent parler de l'expérience d'être impliqués dans un groupe de thérapie créative individuelle.</p> <p>Etude de suivi pour déterminer l'impact significatif ou non sur la vie quotidienne et évaluer l'implication dans une activité créative à domicile.</p>
<p>Commentaires</p>	<p>Malgré que l'étude ne soit pas fondée uniquement sur les dépendances, elle a prouvé que les activités créatives sont bénéfiques pour les patients souffrant de problèmes mentaux.</p> <p>Nous pouvons donc utiliser ce résultats en imaginant l'extrapoler à l'ensemble de la famille dans le cadre de notre BT.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Caddy, L., Crawford, F., & Page, A. C. (2012). 'Painting a path to wellness': correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome: Painting a path to wellness. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19(4), 327-333. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01785.x				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	ne décrit pas la population
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	manque la discussion
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des	X			

	connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?				
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		non mentionnés
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		
Méthode de collecte des données et instruments de	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits	X			

mesure	clairement ?				
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?			X	<i>beaucoup de variables concernant la thérapie créative non pris en compte dans les échelles.</i>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<i>Mais un peu mélangés.</i>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou		X		Pas de cadre

	conceptuel ?				
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Difficulté à retrouver certains éléments.

Commentaires :	
----------------	--

Appendice B

L'approche systémique familiale (Duhamel, 1995)

L'approche systémique est constituée de plusieurs concepts centraux qui sont l'individu, la famille, la santé familiale et les interventions infirmières. Nous allons les définir ci-dessous les uns après les autres pour une meilleure compréhension de cette approche.

L'individu :

Selon Duhamel (1995), l'individu est décrit de la manière suivante. C'est un être bio-psycho-socio-spirituel perçu comme un tout plus grand que la somme de ses parties.

L'individu fait partie d'un système dont les caractéristiques et leurs relations le constitue. Les événements se produisant dans le système dépendent de la structure de celui-ci dont le changement est déterminé par la structure du système (déterminisme structurel).

Chaque individu fait apparaître sa propre réalité, ce qui signifie qu'il y a autant de réalités que d'observateurs. La réalité réside dans les lunettes de l'observateur. C'est pourquoi ces auteurs parlent (Maturana et Varela, 1992) de « multivers » par opposition à « univers ». Selon ce concept ressortissant au déterminisme structurel, la réalité de chaque personne doit être considérée comme étant vraie, valide et légitime (Wright et Levac, 1992).

Lors de tensions entre plusieurs personnes, il y a diverses réalités objectives. Dès lors, les protagonistes tentent de se convaincre mutuellement que sa réalité objective propre est la plus vraisemblable.

Selon Maturana (1992), l'acte de violence est un comportement d'une personne qui pense que les idées de l'autre sont fausses et qui veut changer le mode de fonctionnement de l'autre individu. Les émotions négatives ressortent de ce type d'intervention, ayant pour conséquence un changement sur la dynamique biologique des individus nuisant ainsi à leur santé. De cette constatation ressort le fait que la personne peut ressentir un sentiment de frustration et de rejet s'il nie sa propre réalité conduisant à des problèmes de santé ou des troubles du comportement (retrait, violence et consommation nuisant à la santé). Lorsque l'individu accepte et respecte la réalité de l'autre, il y a une diminution des tensions et les émotions deviennent plus positives et favorables à la santé de chacun.

Les patterns du système sont liés aux émotions qui influencent la dynamique biologique de l'individu et les interactions. Selon Maturana et Varela (1992), on ne peut pas diriger les individus, on peut seulement les inviter à "réfléchir".

La famille :

Selon Wright, Watson et Bell (1990) : « c'est un groupe d'individus liés par un attachement émotif profond et par un sentiment d'appartenance au groupe et qui s'identifient comme étant membre de la famille. ».

Il s'agit donc d'une définition qualifiant toutes les configurations ou compositions des familles de la société actuelle (monoparentale, biparentale, recomposée, homosexuelle). L'environnement et les croyances des autres membres de la famille font évoluer le système de croyance de chaque individu. Les comportements de santé de chaque individu sont influencés par les différents systèmes de croyances lors de leurs interactions interpersonnelles, il y a donc une réciprocity des comportements sur les croyances.

Chaque membre de la famille est unique et autonome et possède des forces et des habiletés lui permettant de résoudre ses problèmes (Gottlieb et Rowat, 1987 ; Wright, Watson et Bell, 1990).

La santé familiale :

Le jugement de l'observateur (famille ou soignant) évalue les méthodes d'adaptation aux changements induites par le cycle de vie familiale, à l'environnement et aux problématiques de santé.

De plus, ce jugement inclut également le fonctionnement de la famille par rapport à la perception de l'individu en respectant sa propre réalité ou un soutien physique ou émotionnel. Cela augmente son épanouissement et son adaptation aux différents changements.

Les interventions infirmières :

Le déterminisme culturel ne prend pas en compte l'infirmière comme agent de changement, mais comme une participante au processus de changement par la création d'un contexte propice au changement. Il est donc important de reconnaître que l'objectivité n'existe qu'entre parenthèse pour accepter la réalité des patients. L'infirmière, en reconnaissant le déterminisme structurel, ne sera pas directive mais invitera les patients à être réflexifs sur des idées ou solutions. Ce procédé devrait aider la famille à considérer d'autres alternatives pour soulager leur mal-être. Le fait de laisser les membres de la famille trouver leurs propres solutions accentue leur engagement dans la mise en application des alternatives, à améliorer leur confiance dans leurs capacités à faire face à leurs problèmes ou à s'y adapter et, ainsi, encourager leur autonomie.

L'interaction du personnel soignant avec les individus a des répercussions sur chacun des protagonistes. Il y a donc un échange d'expérience et de connaissance qui s'acquiert dans ces interactions.

Il est important de reconnaître l'unicité de chaque réalité de l'individu par rapport aux problèmes de santé pour que chacun découvre une nouvelle réalité déclenchant des changements de la structure favorisant une adaptation plus adéquate face aux problèmes.

Suite à ces quelques définitions, voici les concepts clés de l'approche systémique : la formulation d'hypothèse, la circularité ainsi que la neutralité.

La formulation d'hypothèse :

La formulation d'hypothèse est conseillée pour analyser la dynamique familiale et non pas rechercher une représentation objective de cette dynamique. Une hypothèse est « une supposition qu'on accepte afin d'amorcer, de guider une investigation et qui est appelée à être acceptée ou réfutée ». Dans les soins à la famille, le personnel soignant émet des hypothèses après analyse des observations cliniques sur le fonctionnement familial faisant face à un problème de santé. Les hypothèses se basent sur les connaissances et expériences du soignant, les informations retenues lors des rencontres avec la famille et les autres intervenants prodiguant des soins. Ces hypothèses sont, ainsi, le fil rouge de l'entretien du soignant, avec une influence sur les choix de questions émises et donnent une forme et une direction pour la collecte de données dans la structure familiale.

La formulation d'hypothèse sert de lien entre sentiments, croyances et comportements et expériences antérieures du système de la famille et montrer les interrelations entre les membres de la famille à propos de différentes situations.

L'hypothèse, qui devrait être construite en partenariat avec la famille, ne représente pas la vérité, ni la réalité mais une indication pouvant influencer les interventions infirmières. Il s'agit de trouver l'hypothèse utile et compatible avec leurs croyances, valeurs et perceptions. Ainsi donc, si les hypothèses sont trop éloignées de celles de la famille, elles seront donc rejetées par manque de crédibilité. Au contraire, si elles sont trop identiques, il n'y aura aucune évolution de la situation familiale.

A l'opposée d'autres théories, l'approche systémique familiale a pour but de trouver ce qui maintient un problème au sein de la famille. Les hypothèses systémiques prennent en compte le contexte du problème.

La circularité :

Ce principe est la rétroaction des membres de la famille entre eux, entre ses membres et le personnel soignant. C'est en questionnant la famille sur leurs relations que l'infirmière trouvera les réponses nécessaires à la poursuite de l'entretien. Cet échange d'informations influence donc chaque protagoniste.

Dans la théorie des systèmes, l'approche systémique s'intéresse à chaque système et sous-système pour mieux saisir leurs fonctionnements. De ce fait, il existe des hypothèses circulaires (influençant chaque participant) ou linéaires (vise une seule personne). En cherchant la cause du problème plutôt que ce qui le maintient, les hypothèses de l'infirmière seront majoritairement linéaires. Celles-ci peuvent influencer négativement la relation thérapeutique mise en place, Les liens circulaires influencent la réalité personnelle à chaque individu par le biais d'un environnement opportun au changement.

La neutralité :

Ce principe a besoin que le personnel soignant soit impartial dans le système au sein duquel il intervient. Malgré cela, l'infirmière possède ses valeurs, croyances, et préjugés l'empêchant d'être complètement neutre face à une situation. Pour contrebalancer ce fait, l'attitude de l'infirmière traduit le respect et la curiosité envers chaque membre de la famille. L'infirmière doit être neutre mais peut exprimer sa désapprobation face à des comportements dangereux pour un ou divers membres de la famille.

La neutralité est sauvegardée par la curiosité de l'infirmière qui garantit une description multiple de l'analyse du système à l'aide de plusieurs hypothèses. Cette curiosité amène à des hypothèses utiles aux membres de la famille pour les recherches de leurs propres solutions en lien avec la problématique.

L'infirmière fait preuve de neutralité vis-à-vis de la direction à prendre pour que la famille puisse procéder à ses changements en mettant en place un contexte le favorisant et non pas en le commandant.

Les interventions systémiques

Les interventions systémiques les plus couramment utilisées sont les suivantes :

Etablir une relation de confiance avec la famille : Il est nécessaire de se présenter en indiquant son rôle professionnel en serrant la main de chaque membre de la famille et expliquer le but de la rencontre en indiquant sa durée, être neutre, inviter le plus grand nombre de membres de la famille aux rencontres familiales pour éviter la formation de coalition familiale et favoriser la formulation d'hypothèses. Il est aidant de faire un génogramme car il permet de lancer des conversations thérapeutiques et pouvoir aborder l'expérience face à la maladie.

Donner de l'information à la famille et faire de l'enseignement : Il faut donner des explications honnêtes avec des termes compréhensibles, avertir la famille de tout changement significatif dans l'évolution de la maladie, donner des informations à la famille pour l'intégrer dans les soins notamment sur les effets secondaires des médicaments et les symptômes reliés à la maladie, être patient face aux questions redondantes de la famille. Lorsque l'on fait de l'enseignement, il est primordial de tenir compte des croyances de la famille et déterminer la forme d'apprentissage la plus adaptée pour elle au niveau de la forme et du contenu. Il faut demander l'avis du patient et de la famille concernant l'enseignement, reconnaître l'expérience individuelle et familiale concernant la maladie.

Démontrer de l'empathie à la famille et reconnaître son expérience : Le patient et sa famille ont besoin d'être compris par leurs proches et l'infirmière, encourager l'expression des sentiments et de la pensée en utilisant le terme "vous", faire de la validation pour ce qui reconforte et soutien la famille et être empathique.

Rassurer la famille et lui donner de l'espoir : Il faut donner de l'espoir et rassurer en donner des informations sur la qualité des soins offerts, l'espoir est associé à une meilleure adaptation à la maladie et à la fidélité au traitement.

Décrire la situation comme étant normale : En rassurant le patient et sa famille, l'infirmière peut alors normaliser la situation, ce qui a un effet apaisant. La communication devient non-jugeant et plus ouverte. Il est aussi important de bien connaître la situation avant de la normaliser car si ce n'est pas le cas, il y aura une diminution de la crédibilité du soignant face à la famille.

Souligner les forces et les ressources de la famille : La participation de la famille dans la gestion de la maladie se fait si elle se sent qualifiée. Pour cela, l'infirmière doit mettre en lumière les forces et habiletés de la famille. Il est bien de questionner

la famille pour renforcer et faire ressortir les habiletés qu'elle a. Par ce biais, il y a une réduction du sentiment d'échec et de culpabilité, donne une impression de maîtrise de la situation.

Recadrer l'expérience de la famille : Le but de cette intervention sert à changer la réalité, donner une autre signification à la description d'une situation, comportement ou problème. Les familles bien adaptées réussissent à donner une signification positive à l'expérience de la maladie. Il faut proposer l'utilisation de la connotation positive, ce qui signifie l'attribution d'une intention positive à des comportements qui sont perçus comme problématiques. Recadrer l'expérience offre une alternative plus utile à la famille.

Suggérer à la famille des comportements, des expérimentations et des rituels : Les soignants peuvent proposer des comportements pour stimuler la réflexion et augmenter la possibilité de solution au problème bien qu'il soit préférable de laisser la famille chercher ses propres solutions. Quand la famille maîtrise suffisamment ses émotions, l'infirmière peut évoquer des suggestions sous forme de questions pour éviter le rôle d'expert. Pour respecter la relation thérapeutique, l'infirmière peut proposer l'expérimentation d'un comportement ou d'une tâche. L'infirmière peut proposer des rituels structurant les familles lors de confusion ou instabilité en son sein.

Présenter des opinions qui sont partagées : L'objectif consiste à présenter trois opinions divergentes dont deux soutenant les idées ou croyances divergentes de la famille, la troisième donnant lieu à un recadrage ou exprimant un état de confusion ou d'ambivalence en lien avec les deux premières options. Cette intervention permet aux membres de la famille d'être compris par l'infirmière et que leur propre

situation soit reconnue devant les autres membres, les personnes respectent donc les idées des autres et s'ouvrent aux autres idées.

Personnifier ou objectiver le problème : Le but de l'intervention est d'objectiver ou personnifier le problème qui devient une entité séparée de la personne, ainsi donc, le problème est le problème. Quand les individus considèrent que le problème ne fait pas partie intégrante d'eux-mêmes, ils parviennent mieux à le combattre et le résoudre. L'avantage de ce procédé est que la personne n'est pas vue comme une victime mais comme un adversaire pouvant triompher dans l'adversité. L'interdépendance de l'influence du problème sur la personne et de la personne sur le problème permet de renforcer l'objectivation du problème et de motiver la personne à combattre la difficulté. Les individus maintenant la continuité de la problématique par leurs réactions à celle-ci est motivée à faire équipe avec le patient pour combattre le problème objectivé modifiant ainsi la dynamique présente. L'identification de l'effet du problème sur le comportement et ses interrelations avec les autres se produit en questionnant la personne. Par ce fait, la personne se valorise en prenant conscience de ses capacités et forces renvoyant ainsi une image positive. La relation entre la personne et les soignants pouvant entretenir le problème se modifie en une relation plus constructive avec la possibilité d'éliminer la problématique.

Utiliser des métaphores et des lettres thérapeutiques : Il s'agit d'un moyen de stimuler la réflexivité de la famille et altérer sa vision de la problématique. Les lettres thérapeutiques élaborent une lettre résumant les rencontres en lien avec et évoquant de nouvelles impressions et avis sur le problème annonçant le cheminement thérapeutique ou mettant en lumière ses forces et ressources. Poser ses observations permet de leur donner de l'importance. Il est aussi possible

d'utiliser l'écriture pour exprimer à une autre personne ce qui ne peut être dit de vive voix.

Orienter la famille vers d'autres ressources professionnelles : En identifiant les besoins de la famille, l'infirmière permet de les orienter vers d'autres professionnels adaptés aux problématiques.

Evaluer les rencontres avec le patient et sa famille : L'évaluation des entretiens est un processus orientant les interventions infirmières et mesurant son efficacité. L'infirmière doit comprendre que les changements effectués dans la famille proviennent des membres dans leur travail thérapeutique. En validant les changements positifs de la famille, il y a une valorisation qui augmente la confiance en ses habiletés pour solutionner les problèmes familiaux. Les avis de la famille aident l'infirmière dans ses interventions et évaluent son habileté à offrir un contexte adéquat au changement. La documentation des entretiens assure la continuité des soins en se basant sur l'approche systémique, cela relève l'importance des soins offerts dans la pratique.

Appendice C

Questions de la grille Codependency Assessment Tool (n'existe pas en français):

1—I feel compelled or forced to help other people solve their problems (i.e., offering unwanted advice).

2—I try to control events and how other people should behave.

3—I become afraid to let other people be who they are and allow events to happen naturally.

4—I feel ashamed of who I am.

5—I try to control events and people through helplessness, guilt, coercion, threats, advice giving, manipulation, or domination.

6—I worry about having stomach, liver, bowel, or bladder problems.

7—I am preoccupied with the idea that my body is failing me.

8—I feel compelled or forced to help other people solve their problems (i.e., offering advice)

9—I feel that my general health is poor compared with that of my family and friends.

10—I put on a happy face when I am really sad or angry.

11—I keep my feelings to myself and put up a good front.

12—I feel ill and run down

13—I hide myself so that no one really knows me.

14—I keep my emotions under tight control.

15—When I was growing up, my family didn't talk openly about problems.

16—I have stomach, bladder, or bowel trouble.

17—I pick on myself for everything, including the way I think, feel, look, act, and behave.

18—I push painful thoughts and feelings out of my awareness.

19—I grew up in a family that was troubled, unfeeling, chemically dependent, or overwrought with problems.

20—My family expressed feelings and affection openly when I was growing up.

21—I blame myself for everything too much.

22—I am unhappy now about the way my family coped with problems when I was growing up.

23—I am unhappy about the way my family communicated when I was growing up.

25—I hate myself.

Appendice D

Grille d'évaluation The Depression and Anxiety Stress Scale (DASS-21, en français):

Annexe 1 – EDAS 21

<i>Nom:</i>		<i>Date:</i>
<p>Veillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de <i>la dernière semaine</i>. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0, 1, 2 ou 3). Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longuement aux énoncés.</p>		
<p><i>L'échelle de notation est la suivante :</i></p>		
	0 ne s'applique pas du tout à moi	
	1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps	
	2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps	
	3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps	
1	J'ai trouvé difficile de décompresser.	0 1 2 3
2	J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche.	0 1 2 3
3	J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive.	0 1 2 3
4	J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).	0 1 2 3
5	J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités.	0 1 2 3
6	J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée.	0 1 2 3
7	J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains).	0 1 2 3
8	J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse.	0 1 2 3
9	Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).	0 1 2 3
10	J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.	0 1 2 3
11	Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).	0 1 2 3
12	J'ai eu de la difficulté à me détendre.	0 1 2 3
13	Je me suis senti(e) triste et déprimé(e).	0 1 2 3
14	Je me suis aperçu(e) que je devenais impatient(e) lorsque j'étais retardé(e) de quelque façon que ce soit (par exemple dans les ascenseurs, aux feux de circulation, lorsque je devais attendre).	0 1 2 3
15	J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique.	0 1 2 3
16	J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit.	0 1 2 3
17	J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne.	0 1 2 3
18	Je me suis aperçu(e) que j'étais très irritable.	0 1 2 3
19	J'ai été conscient(e) des palpitations de mon cœur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon cœur venait de sauter).	0 1 2 3
20	J'ai eu peur sans bonne raison.	0 1 2 3
21	J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens.	0 1 2 3

Appendice E

Grille d'évaluation The Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS, en français):

HoNOS-FR

1. Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Inclure toute agression quelle qu'en soit la cause (e.g. drogues, alcool, démence, psychose, dépression, etc.).	
• Aucun problème de cette nature durant la période considérée	<input type="checkbox"/> (0)
• Irritabilité, disputes, nervosité, etc. ne requérant pas d'intervention.	<input type="checkbox"/> (1)
• Inclure les gestes agressifs comme bousculer ou importuner autrui; les menaces ou agressions verbales; les dommages mineurs à la propriété (e.g. casser une tasse, une fenêtre) ; une hyperactivité marquée ou une agitation.	<input type="checkbox"/> (2)
• Physiquement agressif envers autrui ou des animaux (à la limite de la cotation 4); comportement menaçant ; hyperactivité ou dommages à la propriété plus importants.	<input type="checkbox"/> (3)
• Au moins une agression physique grave d'autrui ou d'animaux; dommages graves à la propriété (e.g. incendie); comportement gravement menaçant ou obscène.	<input type="checkbox"/> (4)
• inconnu / non applicable	<input type="checkbox"/> (9)
Chiffre	

Svp laissez vide

2. Lésions auto-infligées non accidentelles

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Évaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez une réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Ne pas inclure des blessures accidentelles (dues par exemple à une démence ou à une déficience mentale sévère) ; les problèmes cognitifs sont évalués à l'échelle 4 et les blessures à l'échelle 5.

- Ne pas inclure les maladies ou blessures directement imputables à la consommation d'alcool évaluées dans l'échelle 3 (e.g. une cirrhose du foie ou une blessure suite à une conduite en état d'ivresse sont cotées dans l'échelle 5).

• Aucun problème de cette nature durant la période considérée	<input type="checkbox"/> (0)	Svp laissez vide
• Idées occasionnelles ou passagères d'en finir, mais peu de risque; pas de lésions auto-infligées	<input type="checkbox"/> (1)	
• Léger risque durant la période; inclure des lésions auto infligées sans danger (e.g. égratignures au poignet).	<input type="checkbox"/> (2)	
• Risque auto-agressif modéré durant la période considérée; inclure les préparatifs (e.g. accumulation de pilules).	<input type="checkbox"/> (3)	
• Tentative de suicide grave et/ou lésion auto-infligée grave durant la période considérée.	<input type="checkbox"/> (4)	
• inconnu / non applicable	<input type="checkbox"/> (9)	

Chiffre

3. Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

<p>- Ne pas inclure les comportements agressifs ou destructeurs dus à la consommation d'alcool ou de drogues, cotés dans l'échelle 1.</p> <p>- Ne pas inclure les maladies ou handicaps physiques dus à l'alcool ou aux drogues, cotés dans l'échelle 5.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Aucun problème de cette nature durant la période considérée <input type="checkbox"/> (0) • Un peu de laisser-aller, sans dépasser les normes sociales. <input type="checkbox"/> (1) • Perte de maîtrise de la consommation de drogues ou d'alcool, sans grave dépendance. <input type="checkbox"/> (2) • Nette dépendance à l'alcool ou aux drogues avec d'importantes pertes de maîtrise de la consommation, prise de risque sous l'influence de drogue ou d'alcool. <input type="checkbox"/> (3) • Le problème de drogue ou d'alcool est gravement invalidant. <input type="checkbox"/> (4) • inconnu / non applicable <input type="checkbox"/> (9) 	<p>Svp laissez vide</p>
Chiffre	

4. Troubles cognitifs

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Évaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Inclure les problèmes de mémoire, d'orientation et de la pensée associés à tout autre trouble : troubles d'apprentissage, démence, schizophrénie, etc.
 - Ne pas inclure les problèmes temporaires (e.g. gueule de bois) dus à la consommation de drogues ou d'alcool, cotés à l'échelle 3.

• Aucun problème de cette nature durant la période considérée	<input type="checkbox"/> (0)	Svp laissez vide
• Troubles mineurs de la mémoire ou de la pensée (e.g. oublie parfois des noms).	<input type="checkbox"/> (1)	
• Troubles de la mémoire ou de la pensée légers mais manifestes (e.g. a perdu son chemin dans un endroit familier ou n'a pas reconnu une personne familière); parfois perplexe devant des décisions simples.	<input type="checkbox"/> (2)	
• Nette désorientation dans le temps, l'espace ou sur la personne; dérouteré par des événements banals; langage parfois incohérent ; ralentissement mental.	<input type="checkbox"/> (3)	
• Désorientation importante (e.g. incapable de reconnaître des proches) ; risque d'avoir un accident ; langage incompréhensible ; état confusionnel, stupeur.	<input type="checkbox"/> (4)	
• inconnu / non applicable	<input type="checkbox"/> (9)	

Chiffre

5. Troubles associés à une maladie physique ou un handicap

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Inclure les maladies ou handicaps, quelle qu'en soit la cause, qui limitent ou empêchent le déplacement, ou diminuent la vue ou l'audition, ou interfèrent autrement avec le fonctionnement de la personne

- Inclure les effets secondaires des médicaments ; les effets de drogues ou d'alcool ; les handicaps physiques dus à des accidents ou les blessures liées à des troubles cognitifs, à la conduite en état d'ivresse, etc.

- Ne pas inclure les troubles mentaux ou comportementaux cotés dans l'échelle 4.

• Aucun problème de santé physique durant la période considérée. <input type="checkbox"/> (0)	Svp laissez vide
• Problème de santé léger durant la période (e.g. rhume, chute bénigne, etc.). <input type="checkbox"/> (1)	
• Problème de santé physique limitant modérément la mobilité et l'activité. <input type="checkbox"/> (2)	
• Diminution modérée des activités en raison d'un problème de santé physique. <input type="checkbox"/> (3)	
• Incapacité physique grave ou totale en raison d'un problème de santé physique. <input type="checkbox"/> (4)	
• inconnu / non applicable <input type="checkbox"/> (9)	

Chiffre

6. Troubles liés aux hallucinations et délires

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Inclure les hallucinations et les délires sans tenir compte du diagnostic.
 - Inclure les comportements étranges ou bizarres liés à des hallucinations ou des délires.
 - Ne pas inclure les comportements agressifs ou destructeurs dus à des symptômes psychotiques, codés à l'échelle 1.

		Svp laissez vide
• Absence d'hallucinations ou de délires durant la période considérée	<input type="checkbox"/> (0)	
• Croyances légèrement étranges ou excentriques sans rapport avec les normes culturelles de la personne.	<input type="checkbox"/> (1)	
• Des délires ou des hallucinations sont présents (e.g. voix, visions), mais perturbent peu le patient ou génèrent peu de comportements bizarres, i.e. cliniquement présent mais léger.	<input type="checkbox"/> (2)	
• Nettes préoccupations liées aux délires ou aux hallucinations, provoquant une certaine détresse et/ou se manifestant par un comportement clairement bizarre, i.e. problème clinique modérément important.	<input type="checkbox"/> (3)	
• L'état mental est gravement perturbé par des délires ou des hallucinations, avec un impact important sur le patient.	<input type="checkbox"/> (4)	
• inconnu / non applicable	<input type="checkbox"/> (9)	

Chiffre

7. Troubles liés à l'humeur dépressive

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Ne pas inclure l'hyperactivité ou l'agitation, cotées dans l'échelle 1.
 - Ne pas inclure les idéations suicidaires ou les tentatives de suicide, évaluées dans l'échelle 2.
 - Ne pas inclure les délires ou les hallucinations, cotées à l'échelle 6.

• Aucun problème liés à une humeur dépressive durant la période considérée	<input type="checkbox"/> (0)	Svp laissez vide
• Humeur morne; ou légers changements d'humeur	<input type="checkbox"/> (1)	
• Dépression légère mais nette (e.g. sentiments de culpabilité, perte d'estime de soi)	<input type="checkbox"/> (2)	
• Dépression avec sentiments de dévalorisation inadéquats ; préoccupé par des sentiments de culpabilité.	<input type="checkbox"/> (3)	
• Dépression grave ou très grave avec d'importants sentiments de culpabilité ou d'auto-accusation.	<input type="checkbox"/> (4)	
• inconnu / non applicable	<input type="checkbox"/> (9)	

Chiffre

8. Autres troubles mentaux et comportementaux

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Évaluer seulement le trouble le plus sévère NON évalué dans les échelles 6 et 7 de la manière suivante:
 Spécifier le type de trouble en mettant la lettre appropriée :
 A phobie ; B anxiété ; C obsessionnel-compulsif ; D lié au stress ; E dissociatif ; F somatoforme ; G alimentaire ; H sommeil; I sexuel ; J autre, spécifier.

• Aucun de ces troubles durant la période considérée	<input type="checkbox"/> (0)	Svp laissez vide
• Trouble mineur seulement.	<input type="checkbox"/> (1)	
• Un trouble est cliniquement présent à un niveau léger (e.g. le patient maîtrise ses troubles dans une certaine mesure)	<input type="checkbox"/> (2)	
• Détresse ou crise occasionnelle, avec perte de maîtrise sur les troubles (e.g. doit éviter toute situation provocatrice d'anxiété, a dû appeler un voisin à l'aide, etc.) i.e. niveau modérément grave de trouble.	<input type="checkbox"/> (3)	
• Un trouble grave empêche la plupart des activités.	<input type="checkbox"/> (4)	
• inconnu / non applicable	<input type="checkbox"/> (9)	

Chiffre

9. Problèmes pour établir des relations sociales significatives

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Inclure les problèmes (dans la famille et/ou dans un réseau social plus large) dus à un retrait actif ou passif des relations sociales et/ou à des relations négatives, destructrices ou nuisibles.	
• Aucun problème significatif durant la période	<input type="checkbox"/> (0)
• Problèmes légers non cliniques.	<input type="checkbox"/> (1)
• Problèmes nets pour établir des relations significatives : le patient se plaint et /ou le problème est évident pour autrui.	<input type="checkbox"/> (2)
• Problèmes majeurs persistants dus à un retrait actif ou passif des relations sociales et/ou à des relations qui n'apportent peu ou pas de réconfort ni de soutien.	<input type="checkbox"/> (3)
• Isolement social important et pénible, lié à une incapacité à communiquer socialement et/ou à un retrait des relations sociales.	<input type="checkbox"/> (4)
• inconnu / non applicable	<input type="checkbox"/> (9)
Chiffre	<input type="text"/>

Svp laissez vide

10. Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Évaluer le niveau global de fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne, (e.g. problèmes avec les soins personnels de base comme manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes ; évaluer aussi les tâches complexes comme la gestion du budget, l'organisation du logement, l'occupation et les loisirs, la mobilité et l'utilisation des transports, les achats, le développement personnels, etc.).

- Inclure tout manque de motivation pour l'utilisation des ressources d'entraide, car cela contribue à abaisser le niveau global de fonctionnement.

- Ne pas inclure l'absence de possibilité de pratiquer des habiletés et compétences, évaluées dans les échelles 11-12.

• Aucun problème durant la période considérée ; capable de bien fonctionner dans tous les domaines.	<input type="checkbox"/> (0)	Svp laissez vide
• Problèmes mineurs seulement (e.g. négligent, désorganisé).	<input type="checkbox"/> (1)	
• Soins personnels adéquats, mais absence de performance importante dans une ou plusieurs tâches complexes (voir plus haut).	<input type="checkbox"/> (2)	
• Problème majeur dans un ou plusieurs domaines des soins personnels (manger, se laver, s'habiller, aller aux toilettes) ainsi qu'une incapacité majeure à effectuer plusieurs tâches complexes.	<input type="checkbox"/> (3)	
• Handicap ou incapacité majeure dans tous ou presque tous les domaines des soins personnels et des tâches complexes.	<input type="checkbox"/> (4)	
• inconnu / non applicable	<input type="checkbox"/> (9)	

Chiffre

11. Problèmes liés aux conditions de vie (logement)

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Évaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

<p>- Évaluer la sévérité globale des problèmes liés à la qualité des conditions de vie. Les besoins matériels de base sont-ils comblés (chaleur, lumière, hygiène) ? Si c'est le cas, y-a-t-il de l'aide pour s'adapter au handicaps et un choix de possibilités pour utiliser les compétences et en développer de nouvelles ?</p> <p>- Ne pas évaluer le niveau du handicap fonctionnel lui-même, évalué à l'échelle 10.</p> <p>- NB : Évaluer le logement habituel du patient. S'il est hospitalisé transitoirement, évaluer le domicile du patient. Si l'information n'est pas disponible, coter 9.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Le logement et les conditions de vie sont acceptables : ils aident à maintenir tout handicap coté à l'échelle 10 au niveau le plus bas possible, et facilitent l'autonomie. <input type="checkbox"/> (0) • Le logement est raisonnablement acceptable, malgré la présence de problèmes légers ou transitoires (e.g. emplacement non idéal, n'a pas la préférence de l'usager, la nourriture ne plaît pas, etc.). <input type="checkbox"/> (1) • Problème significatif avec un ou plusieurs aspects du logement et/ou de l'environnement (e.g. choix restreint ; l'équipe ou le logeur ne savent pas vraiment comment limiter le handicap ou comment aider à préserver les compétences existantes ou en développer de nouvelles). <input type="checkbox"/> (2) • Problèmes de logement multiples et perturbants (e.g. certains aménagements de base sont absents) ; l'environnement a peu ou pas de moyens pour améliorer l'autonomie du patient. <input type="checkbox"/> (3) • Le logement est inacceptable (e.g. manque d'aménagements de base, le patient risque d'être expulsé ou est sans abri, ou vit dans des conditions qui sont par ailleurs intolérables), aggravant les problèmes du patient. <input type="checkbox"/> (4) • inconnu / non applicable <input type="checkbox"/> (9) 	<p>Svp laissez vide.</p>
Chiffre	

12. Problèmes liés l'occupation et aux activités

- 1) Coter chaque échelle dans l'ordre de 1 à 12.
- 2) Ne pas inclure d'information évaluée dans un item précédent, sauf pour l'échelle 10 qui est une évaluation globale.
- 3) Evaluer le problème le plus sévère survenu durant les 7 derniers jours.

Choisissez **une** réponse parmi celles proposées ci-dessous.

- Évaluer le niveau global de problèmes liés à la qualité de l'environnement de jour. Y-a-t-il de l'aide pour s'adapter aux handicaps, et des possibilités pour maintenir ou améliorer les compétences et les activités occupationnelles et de loisir ? Considérer les facteurs tels que la stigmatisation sociale, l'absence d'une équipe qualifiée, le manque d'accès à des services de soutien (e.g. personnel et équipement de centres de jour, ateliers, clubs sociaux, etc.).

- Ne pas évaluer le niveau du handicap fonctionnel lui-même, évalué à l'échelle 10.

	Svp laissez vide
<ul style="list-style-type: none"> • L'environnement quotidien du patient est acceptable: il aide à maintenir tout handicap coté à l'échelle 10 au niveau le plus bas possible, et facilite l'autonomie. <input type="checkbox"/> (0) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes mineurs ou temporaires (i.e. virement de chèque en retard) : services adéquats à disposition, mais pas toujours au moment voulu, etc. <input type="checkbox"/> (1) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Choix limité d'activités ; manque excessif de tolérance (e.g. entrée d'une bibliothèque ou d'un bain public injustement refusée, etc.) ; handicapé par l'absence d'adresse permanente ; soutien insuffisant des proches ou des intervenants professionnels ; encadrement de jour efficace à disposition, mais dans un horaire très limité. <input type="checkbox"/> (2) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance marquée de services qualifiés à disposition pour aider à diminuer le niveau de handicap existant ; pas de possibilités d'utiliser des compétences existantes ou d'en acquérir de nouvelles ; services non qualifiés difficiles d'accès. <input type="checkbox"/> (3) 	
<ul style="list-style-type: none"> • L'absence totale de toute possibilité d'avoir des activités de jour aggrave les problèmes du patient. <input type="checkbox"/> (4) 	
<ul style="list-style-type: none"> • inconnu / non applicable <input type="checkbox"/> (9) 	
Chiffre	

Appendice F

Grille d'évaluation de The Medical Outcomes Short Form Questionnaire (SF-14, en français, ci-dessous version longue):

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Rubrique : auto-administré/généraliste
--

Note préliminaire : ces repères permettent de s'assurer de l'adéquation entre le patient et l'outil de bilan proposé.

	BILAN D'UTILISATION COURANTE :			
International « validé » (3)	International, largement accepté (2)	National (1)		Local (0)

Niveau du bilan : 3

POINT DE VUE UTILISATEUR (SI POSSIBLE)

Simpleté d'utilisation SCORE = 2	Facilité de lecture SCORE = 1	Sensibilité aux très petits écarts SCORE = 3	Fiabilité vérifiée SCORE = 3	Reproductible inter intra SCORE = 3
---	--	--	---	---

Scores appliqués : 3 = excellent 2 = bon 1 = acceptable 0 = questionnable

Présentation :

Ce bilan de santé généraliste peut être utilisé en complément de bilans plus spécifiques.

Critères d'inclusion (les catégories majeures cliniques) :

Toutes catégories de personnes ayant des difficultés de santé.

Critères d'exclusion (ne pas utiliser pour) :

Aucun.

Critères de péjoration (diagnostic associé) :

Dépression, difficultés relationnelles.

Evolution du score :

Varie selon les items, afin de tester la vigilance du patient. La lecture des résultats fournit une appréciation sémantique.

Le questionnaire généraliste SF-36

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an ___ Un peu meilleure qu'il y a un an ___
 A peu près comme il y a un an ___ Un peu moins bonne qu'il y a un an ___
 Pire qu'il y a un an ___

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

____ oui, _____ pas limité du tout
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

____ oui, _____ pas limité du tout
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

____ oui, _____ pas limité du tout
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

____ oui, _____ pas limité du tout
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

____ oui, _____ pas limité du tout
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

____ oui, _____ pas limité du tout
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

____ oui, _____ pas limité du tout
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

____ oui, _____ pas limité du tout
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

____ oui, _____ pas limité du tout
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

Pas du tout oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espérez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

d. mon état de santé est excellent.

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

Appendice G

Grille d'évaluation de The Quality Of Life Enjoyment and Satisfaction
Questionnaire (Q-LES-Q, en anglais):

QUALITY OF LIFE ENJOYMENT AND SATISFACTION QUESTIONNAIRE (Q-LES-Q)

This questionnaire is designed to help assess the degree of enjoyment and satisfaction experienced during the past week.

Name _____ ID# _____ Date: ___ / ___ / ___

Sex: 1 - Male, 2 - Female Age: ___

PHYSICAL HEALTH/ACTIVITIES (Page 1 of 8)

With regard to your physical health, during the past week, how much of the time have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...been completely free of aches, pains, or discomfort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...felt rested?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...felt energetic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...felt in excellent physical health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...felt in at least very good physical health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...been free of worry about your physical health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...felt you got enough sleep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...felt able to be as physically active as needed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...felt well coordinated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...felt your memory was functioning well?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...felt good physically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...felt full of pep and vitality?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...been free of visual problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FEELINGS (Page 2 of 8)

During the past week, how much of the time have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...felt clearheaded?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...felt satisfied with your life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...felt good about your appearance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...felt happy or cheerful?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...felt independent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...felt content?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...felt able to communicate with others?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...felt interested in taking care of your appearance (hair, clothing) and personal hygiene (bathing, dressing)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...felt able to make decisions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...felt relaxed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...felt good about your life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...felt able to travel about to get things done when needed (walk, use car, bus, train, or whatever is available as needed)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...felt able to deal with life's problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...felt able to take care of yourself?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WORK (Page 3 of 8)

Do you:

- have a job? Yes NO
- work for yourself? Yes NO
- do volunteer work? Yes NO

IF: NO to ALL 3 (Note reason & SKIP to Page 4)

1. Too ill physically
2. Too emotionally upset
3. Retired
4. Other _____ (write in reason)

IF: YES to ANY of the 3 (COMPLETE THIS SECTION)

During the past week, how often have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...enjoyed your work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...solved work problems or dealt with them without undue stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...thought clearly about work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...been decisive about work, or made decisions when needed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...accomplished what you wanted to do?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...been pleased with your work accomplishments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...worked well?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...been interested in your work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...concentrated on work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...worked carefully?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...kept up with expected work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...taken care of work by yourself when it was necessary?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...communicated and interacted with ease with others while working?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOUSEHOLD DUTIES (Page 4 of 8)

Are you responsible for any household duties/housework/homemaker activities (eg, cleaning, shopping, doing dishes, food shopping or preparation) for yourself or for other people?

IF: *NO* (Note reason & SKIP to Page 5)

1. Too ill physically
2. Too emotionally upset
3. Not expected to do anything
4. Other _____ (write in reason)

IF: *YES* (COMPLETE THIS SECTION)

During the past week, how often have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...kept your room/apartment/house cleaned to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...paid the bills, done the banking to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...shopped for food or other household items to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...prepared food or obtained food to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...taken care of the laundry/cleaning to your satisfaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...had a feeling of accomplishment with regard to household activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...concentrated and thought clearly about what household activities needed to be done?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...solved household problems or dealt with them without undue stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...been decisive or made decisions when needed with regard to household activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...made repairs or taken care of household maintenance as needed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHOOL/COURSE WORK (Page 5 of 8)

Have you been taking any courses, going to class, or been involved in any type of course work, school or college studies during the past week?

IF: *NO* (Note reason & SKIP to Page 6)

1. Too ill physically
2. Too emotionally upset
3. Not expected to do anything
4. Other _____ (write in reason)

IF: *YES* to ANY of the 3 (COMPLETE THIS SECTION)

During the past week, how much of the time have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...enjoyed the course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...looked forward to getting to work on the course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...dealt with the course/class work without undue stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...thought clearly about the course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...been decisive about the course/class work when needed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...been pleased with your course/class work accomplishments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...been interested in your course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...concentrated on the course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...felt good while doing your course/class work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...communicated and interacted with ease with others at your course/class?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEISURE TIME ACTIVITIES (Page 6 of 8)

The following questions refer to leisure time activities such as watching TV, reading the paper or magazines, tending house plants or gardening, hobbies, going to museums or the movies, or to sports events, etc.

IF: *NO* (Note reason & SKIP to Page 5)

1. Too ill physically
2. Too emotionally upset
3. Retired
4. Other _____ (write in reason)

IF: *YES* (COMPLETE THIS SECTION)

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. When you had time, how often did you use that time for a leisure time activity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. How often did you enjoy the leisure activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. How often did you look forward to the leisure activities before spending time at them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. How often did you concentrate on the leisure activities and pay attention to them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. If a problem arose in your leisure activities, how often did you solve it or deal with it without undue stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. How often did the leisure activities sustain your interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOCIAL RELATIONS (Page 7 of 8)

During the past week, how much of the time have you...

	Not at all or never	Rarely	Sometimes	Often or most of the time	Frequently or all of the time
	1	2	3	4	5
1. ...enjoyed talking with or being with friends or relatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...looked forward to getting together with friends or relatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...made social plans with friends or relatives for future activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...enjoyed talking with coworkers or neighbors?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...been patient with others when others were irritating in their actions or words?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...been interested in the problems of other people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...felt affection toward one or more people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...gotten along well with other people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...joked or laughed with other people?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...felt you met the needs of friends or relatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...felt your relationships with your friends or relatives were without major problems or conflicts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GENERAL ACTIVITIES (Page 8 of 8)

OVERALL LEVEL OF SATISFACTION—Taking everything into consideration, during the past week how satisfied have you been with your....

	Very poor	Poor	Fair	Good	Very good
	1	2	3	4	5
1. ...physical health?	<input type="checkbox"/>				
2. ...mood?	<input type="checkbox"/>				
3. ...work?	<input type="checkbox"/>				
4. ...household activities?	<input type="checkbox"/>				
5. ...social relationships?	<input type="checkbox"/>				
6. ...family relationships?	<input type="checkbox"/>				
7. ...leisure time activities?	<input type="checkbox"/>				
8. ...ability to function in daily life?	<input type="checkbox"/>				
9. ...sexual drive, interest and/or performance?*	<input type="checkbox"/>				
10. ...economic status?	<input type="checkbox"/>				
11. ...living/housing situation?*	<input type="checkbox"/>				
12. ...ability to get around physically without feeling dizzy or unsteady or falling?*	<input type="checkbox"/>				
13. ...your vision in terms of ability to do work or hobbies?*	<input type="checkbox"/>				
14. ...overall sense of well-being	<input type="checkbox"/>				
15. ...medication? (If not taking any, check here ___ and leave item blank.)	<input type="checkbox"/>				
16. How would you rate your overall life satisfaction and contentment during the past week?	<input type="checkbox"/>				

* If satisfaction is very poor, poor, or fair on these items, please UNDERLINE the factor(s) associated with a lack of satisfaction.